

**ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN NUTRISI DAN CAIRAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKSTABILAN
KADAR GLUKOSA DARAH (HIPERGLIKEMA)
(Studi Kasus Di Panti Sosial Tresna Wedha Magetan)**



Oleh:

JELITA BINTANG STYON AGRISTA

NIM 22613581

**PRODI D III KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN NUTRISI DAN CAIRAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKSTABILAN
KADAR GLUKOSA DARAH (HIPERGLIKEMA)
(Studi Kasus Di Panti Sosial Tresna Wedha Magetan)**

Diajukan Kepada Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan



Oleh:

Jelita Bintang Styon Agrista

22613581

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

2024

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Di Tulis: JELITA BINTANG STYON AGRISTA

Judul :ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN
NUTRISI DAN CAIRAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH

Telah disetujui untuk diajukan di hadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal: 22 Juli 2025

Oleh:

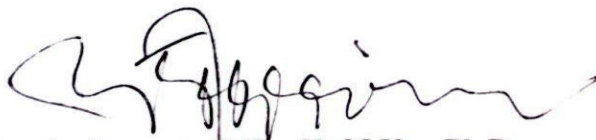
Pembimbing I

pembimbing II



Siti Munawaroh, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NID: 0717107001



Sulisty Andarmoyo, S.Kep,Ns.M.Kes.,Ph.D

NIDN: 0715127903

Mengetahui,

Dekan Muhammadiyah Ponorogo



Saiful Nurhidayat, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN: 0714127901

HALAMAN PENGESAHAN DEWAN PENGUJI

Karya ditulis oleh : JELITA BINTANG STYON AGRISTA

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN
NUTRISI DAN CAIRAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH

Telah diuji dan disetujui oleh tim penguji pada Ujian Karya Tulis Ilmiah di Program
Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Ponorogo, Tanggal: 22 Juli 2025.

Tim penguji:

Ketua : Nurul Sri Wahyuni S.Kep.,Ns.,M.Kes
Anggota : 1. Siti Munawaroh S.Kep.,Ns.,M.Kep
2. Sulistyo Andarmoyo,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D

Tanda/Tangan



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas

Muhammadiyah Ponorogo



Saiful Nurhidayat, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN: 0714127901

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jelita Bintang Styon Agrista

NIM : 22613581

Instansi : Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul: “ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN NUTRISI DAN CAIRAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH di UPT PSTW Magetan” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, kami bersedia mendapatkan sanksi.

Ponorogo, 22 Juli 2025

Yang menyatakan



Jelita Bintang Styon Agrista

22613581

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN NUTRISI DAN CAIRAN DENGAN MASALAH RISIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (HIPERGLIKEMIA)

Oleh:

Jelita Bintang Styon Agrista

Nim: 22613581

Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) pada lansia merupakan masalah serius yang dapat memicu komplikasi jika tidak ditangani secara tepat. Lansia sering mengalami gangguan keseimbangan nutrisi dan cairan akibat proses penuaan, sehingga rentan terhadap fluktuasi kadar gula darah. Penanganan yang tepat memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif, meliputi pemantauan kadar gula darah, edukasi diet, hingga kolaborasi dalam pemberian terapi.

Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan nutrisi dan cairan serta risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Asuhan dilakukan di UPT PSTW Magetan selama tiga hari pada bulan Mei 2024 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil pengkajian menunjukkan kadar gula darah tidak terkontrol (GDS 350 mg/dL), disertai penurunan nafsu makan dan kurangnya pengetahuan tentang pengelolaan diabetes. Tindakan keperawatan meliputi edukasi diet rendah gula, pemantauan kadar glukosa darah secara berkala, serta kolaborasi dalam pemberian insulin. Evaluasi menunjukkan peningkatan pemahaman pasien, perbaikan pola makan, dan kestabilan kadar glukosa.

Asuhan ini diharapkan menjadi referensi dalam pemberian layanan keperawatan yang optimal pada lansia dengan kondisi serupa.

Kata Kunci: Lansia, Gangguan Nutrisi, Cairan, Hiperglikemia, Asuhan Keperawatan Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

ABSTRACT

NURSING CARE FOR ELDERLY WITH NUTRITIONAL AND FLUID PROBLEMS ACCOMPANIED BY RISK OF BLOOD GLUCOSE LEVEL INSTABILITY (HIPERGYCEMIA)

By:

Jelita Bintang Styon Agrista
NIM 22613581

Blood glucose level instability (hyperglycemia) in the elderly is a serious health problem that may lead to complications if not properly managed. Aging often causes imbalances in nutrition and fluid regulation, making older adults more vulnerable to blood glucose fluctuations. Proper management requires comprehensive nursing care, including glucose monitoring, dietary education, and collaborative therapy interventions.

This case study aims to describe the implementation of nursing care for elderly individuals with nutritional and fluid imbalances who are at risk of blood glucose instability. The nursing care was conducted at UPT PSTW Magetan over three days in May 2024, using the nursing process approach, which includes assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation.

Assessment results showed uncontrolled blood glucose levels (random blood glucose: 350 mg/dL), decreased appetite, and a lack of knowledge regarding diabetes management. Nursing interventions included low-sugar diet education, routine glucose monitoring, and collaboration in insulin administration. Evaluation showed improvement in the patient's knowledge, dietary habits, and more stable blood glucose levels.

This nursing care process is expected to serve as a reference for providing optimal nursing services for elderly patients with similar conditions.

Keywords: *Elderly, Nutritional Imbalance, Fluids, Hyperglycemia, Nursing Care, Risk of Blood Glucose Level Instability*

KATA PEGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah Yang Maha Esa atas Rahmat dan nikmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Nutrisi Dan Cairan Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) di UPT PSTW Magetan”. Karya Ilmiah ini disusun sebagai tugas akhir dan syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan terlaksana dan berjalan dengan lancar sebagaimana diharapkan penulis tanpa adanya bantuan dari pihak yang telah memberikan bimbingan dan arahan oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Dr Rido Kurnianto, M.Ag selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
2. Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.,Ns.M.Kes.,ph.D selaku pembimbing II dan penguji II dan juga selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo terimakasih telah meluangkan waktu, tenaga serta memberikan kesabaran dalam membimbing dan arahan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Filia Icha Sukanto, S.Kep.,M.Kep selaku kepala Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

4. Siti Munawaroh, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Seluruh dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
6. Kepala UPT PSTW Magetan, serta petugas yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengambil kasus karya tulis ilmiah ini.
7. Terimakasih kepada Ny.S sudah mau menjadi klien penulis untuk menyelesaikan KTI nya.
8. Kepada cinta pertama saya dan panutan saya Ayah (Bapak Wiyono), terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau sangat gigih dan sayang kepada penulis, dia alasan pertama saya untuk bisa menyelesaikan tugas akhir ini. Semua demi ayah saya tercinta, orang yang tidak pernah mengeluh untuk membesarkan saya.
9. Untuk wanita tercantikku Ibunda Tri Rusmalawati wanita hebat yang sudah membesarkan saya, mendidik dan selalu sendoakan saya. Semua baktiku kelak untuk bunda
10. Terimakasih untuk Nenek saya tercinta, yang selalu mendukung penulis dalam hal apa pun, orang pertama yang tidak mau cucu pertamanya sakit.
11. Diri saya sendiri, Jelita Bintang Styon Agrista terimakasih telah bertahan sampai karya tulis ilmiah ini selesai, dan melewati semua rintangan, terimakasih telah mengambil jurusan ini dari sini penulis bisa mengerti arti kasih sayang sesungguhnya, tetap semangat, menjadi anak yang baik sehat selalu, dan semua yang di cita-citakan HARUS tercapai.

kasih sayang sesungguhnya, tetap semangat, menjadi anak yang baik sehat selalu, dan semua yang di cita-citakan HARUS tercapai.

12. Kepada Roni Septian Kristanto, terimakasih orang yang telah hadir dan akan menemani saya untuk seumur hidup, terimakasih sudah hadir di hidup saya setelah sakit dan kegagalan yang penulis rasakan
13. Nurul Nabila Natasha, Billian Primadita Ayu Pramesti, Intan Wahyu Budiarti, Suci, Rania terimakasih telah bersama-sama saling mengingatkan dan membantu berjuang
14. Aprillia Mega Saputri, Monica Veluchi, Diah Munica Nawang terimakasih selalu ada dan selalu menyemangati saya untuk menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
15. Teman-teman seperjuangan program studi DIII Keperawatan angkatan 2022 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Penulisan menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna sehingga di harapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun untuk karya tulis ilmiah lainnya.

Penulis



Jelita Bintang Styon Agrista

22613581

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN SAMPUL KEDUA	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN DEWAN PENGUJI.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB 1	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Konsep Dasar / Konsep Kebutuhan Dasar	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	8
2.1.3 Klasifikasi Lansia	9
2.1.4 Masalah Kesehatan	9
2.1.5 Perubahan yang Terjadi pada Lansia	11
2.2. Konsep Nutrisi Dan Cairan	13
2.2.1. Konsep Nutrisi	13

2.2.2 Konsep Cairan.....	13
2.3. Konsep Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.....	15
2.4.1 Etiologi.....	15
2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi.....	16
2.4.3 Patofisiologi.....	16
2.4.4 Komplikasi.....	17
2.3.1 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.3.2 Patway.....	23
2.3.7 Penatalaksanaan.....	24
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Resiko Ketidakstabilan.....	26
2.4.1 Pengkajian Keperawatan Lansia.....	26
2.4.2 Diagnosis Keperawatan.....	38
2.3.3 Perencanaan Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).....	39
2.4.3 Implementasi.....	41
2.4.4 Evaluasi Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).....	43
2.4.5 Hubungan Antar Konsep.....	44
BAB III.....	45
3.1 Metode Studi Kasus.....	45
3.3 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	46
3.4 Pengumpulan Data.....	46
3.5 Alur Kerja.....	48
3.6 Analisa Data.....	49
3.7 Etika Penelitian.....	50
3.8 Etika Penulisan.....	50
BAB 4.....	52
4.1 Pengkajian.....	52
4.1.1 Identitas.....	52
4.1.2 Riwayat Kesehatan.....	53
4.1.3 Status Fisiologi.....	56
4.1.4 Status Kognitif.....	63

4.1.5 Status Psikososial Dan Spiritual	63
4.1.6 Pengkajian Lingkungan Tempat Tinggal.....	64
4.1.7 Informasi Tambahan	65
4.2 Analisa Data	67
4.3 Daftar Diagnosis	68
4.4 Rencana Keperawatan	69
4.5 Tindakan Keperawatan.....	70
4.6 Evaluasi Keperawatan	75
BAB 5	80
5.1 Pengkajian	80
5.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
5.3 Intervensi	83
5.4 Implementasi	84
5.5 Evaluasi	86
BAB 6	90
6.1 Kesimpulan.....	90
6.2 Saran.....	92
6.2.1 Bagi Institusi	92
6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan dan Sosial	92
6.2.3 Bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Magetan.....	92
6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	92
6.2.5 Bagi Klien.....	93
DAFTAR PUSTAKA.....	94

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Analisa Data.....	67
Tabel 4. 2 Daftar Masalah.....	68
Tabel 4. 3 Rencana Keperawatan.....	69
Tabel 4. 4 Tindakan Keperawatan	70
Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan.....	75



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	23
Gambar 2. 2 Hubungan Antar Konsep	44



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 penjelasan untuk mengikuti studi kasus	97
Lampiran 2 informed constend	98
Lampiran 3 Surat Pengambilan Data Awal.....	100
Lampiran 4 Satuan Acara Penyuluhan.....	101
Lampiran 5 leaflet	106
Lampiran 6 Surat Pengambilan Data Awal.....	108
Lampiran 7 Surat Dinas Sosial.....	109
Lampiran 8 Surat Pendampingan	110
Lampiran 9 pengkajian keseimbangan untuk lansia	111
Lampiran 10 pengkajian masalah kesehatan kronis.....	113
Lampiran 11 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ).....	115
Lampiran 12 Mini-Mental State Exam (MMSE)	116
Lampiran 13 Apgar Lansia.....	118
Lampiran 14 Inventaris Depresi Geriatrik	120
Lampiran 15 Inventaris Depresi Beck.....	123
Lampiran 16 Indek Barthel	127
Lampiran 17 Indek Katz.....	129
Lampiran 18 DOKUMENTASI.....	130
Lampiran 19 log book pembimbing 1.....	131
Lampiran 20 logbook pembimbing 2.....	134
Lampiran 21 Uji Etik.....	137
Lampiran 22 Turnitin.....	138

DAFTAR SINGKATAN



ADA	: <i>American Diabetes Federation</i>
APGAR	: <i>Appearance Pulse Grimace Activity Respiration</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBS	: <i>Blood Sugar Sometimes</i>
CTR	: <i>Capillary Refil Time</i>
DM	: <i>Diabetes Melitus</i>
GCS	: <i>Gasgow Coma Scae</i>
GDP	: <i>Gross Domestic Product</i>
GD2PP	: Glukosa Darah 2 Jam Post Pradial
GDS	: Glukosa Darah Sewaktu
HBA1c	: <i>Hemoglobin A1c</i>
IDF	: <i>Internacional Diabetes Federatioan</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IV	: <i>Intravena</i>
KAD	: <i>Ketoasidosis Diabetik</i>
PERKENI	: Perkumpulan Endoktrin Indonesia
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif
ROM	: <i>Range of Motion</i>
SDKI	: Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Setandart Intervensi Keperawatan ndonesia
SLKI	: Daftar Setandart Luaran Keperawatan Indonesia
TTGO	: Tes Toleransi Glukosa Oral
UNICEF	: <i>United Nation International Children Found</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan harapan hidup merupakan salah satu tolok ukur utama kesehatan masyarakat. Seiring dengan peningkatan harapan hidup, jumlah lansia juga akan meningkat (Akbar dkk., 2021). Menurut UNICEF (2007), Indonesia telah memasuki periode populasi yang menua. Menurut laporan Dana Anak-Anak Internasional Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNICEF), populasi lansia Indonesia diperkirakan akan meningkat pada salah satu laju tercepat di dunia antara tahun 1990 dan 2025. Jumlah lansia akan meningkat seiring dengan peningkatan harapan hidup yang berkelanjutan berkat keberhasilan pembangunan nasional.

Menurut Constantinides dalam (Maryam, 2008, hlm. 46), proses penuaan adalah hilangnya kemampuan jaringan secara progresif untuk mengganti dirinya sendiri atau menjalankan tugas-tugas rutinnya, yang mempersulit jaringan untuk menoleransi infeksi dan menyembuhkan kerusakan. Lansia pada akhirnya akan mengalami defisiensi organ struktural dan fungsional akibat penuaan, termasuk kelainan metabolik yang dapat memengaruhi keseimbangan cairan dan nutrisi tubuh. Elektrolit dan cairan diperlukan untuk menjaga tubuh berfungsi dengan baik. Komponen penting dari homeostasis fisiologis adalah keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh. Pada lansia, gangguan keseimbangan ini dapat memengaruhi metabolisme glukosa dan meningkatkan risiko ketidakstabilan glukosa darah.

Menurut International Diabetes Federation (IDF), (2021) International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2021, Terdapat 537 juta individu berusia 20 hingga 79 tahun di seluruh dunia yang menderita diabetes. Pada tahun 2030, angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi 643 juta, dan pada tahun 2045, akan mencapai 783 juta. Sekitar 20–25% dari total ini terdiri dari warga lanjut usia (di atas 65 tahun) yang mengalami fluktuasi kadar glukosa darah.

Dengan lebih dari 19,5 juta penderita diabetes, Indonesia memiliki populasi penderita diabetes tertinggi di Asia Tenggara. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, persentase penduduk Indonesia berusia 15 tahun ke atas yang menderita diabetes melitus meningkat dari 6,9% pada tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Sebaliknya, pada kelompok usia di atas 60 tahun, prevalensi diabetes sebesar 13,2%, dan 48,7% di antaranya mengalami masalah ketidakstabilan glukosa darah. Dari 110 lansia, 20 orang, 10 laki-laki dan 10 perempuan beresiko mengalami ketidakstabilan glukosa darah antara Januari dan Oktober 2024, menurut data UPT PSTW Magetan (Rekam medik UPT PSTW Magetan, 2024).

Hiperglikemia merupakan salah satu manifestasi dari ketidakstabilan kadar glukosa darah yang sering terjadi pada lansia. Ketika terjadi hiperglikemia, tubuh mengalami kesulitan dalam menggunakan insulin secara efektif karena sel-sel tidak merespons dengan baik, kondisi ini dinamakan resistensi insulin (Herdman & Kamitsuru, 2018). Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) Ketidakstabilan glukosa darah disebabkan oleh sejumlah faktor risiko, seperti kurangnya pemahaman terhadap

informasi manajemen diabetes, pemantauan glukosa darah yang tidak akurat, masalah pola makan, dan manajemen pengobatan yang tidak tepat.

Nutrisi merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan hiperglikemia pada lansia. Tujuan manajemen nutrisi dan pola makan adalah untuk menjaga kadar glukosa darah normal, mengendalikan kebutuhan kalori tubuh secara keseluruhan, dan memastikan asupan hidrasi yang cukup. Kebutuhan kalori, karbohidrat, lipid, protein, dan serat merupakan kebutuhan nutrisi dalam pola makan, yang harus disesuaikan dengan kondisi lansia. (Ikbali, 2020) dalam (HERYANTO, 2023).

Berdasarkan hal tersebut, peran tenaga kesehatan sangat penting dalam memberikan asuhan lansia yang mengalami kekurangan nutrisi dan gangguan cairan tubuh cenderung mengalami perubahan kadar glukosa darah yang tidak stabil. Perawat berperan dalam memberikan langkah-langkah penatalaksanaan, pemantauan nutrisi dan cairan, serta edukasi kepada lansia untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Di dalam Al-Quran Surah Ar-Ra'd ayat 11 yang berbunyi:

لَهُ مُعَقِّبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ ۚ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ ۚ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ

Penafsiran: Sesuai perintah Allah SWT, para malaikat senantiasa mendampingi manusia dalam pergantian waktu di bumi, melindungi mereka dari belakang. Sesungguhnya, kecuali suatu kaum mengubah apa yang ada dalam diri mereka, Allah tidak dapat mengubah keadaan mereka. Lebih lanjut, ketika Allah telah menyiapkan keburukan bagi suatu kaum, tak seorang pun dapat menghentikannya dan tak seorang pun dapat membela mereka..

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan lansia dengan gangguan nutrisi dan cairan dengan masalah keperawatan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) di PSTW Magetan.

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Menelaah penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan nutrisi yang berisiko mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) di PSTW Magetan.

2. Tujuan khusus

- a. Mengkaji kondisi keperawatan lansia dengan gangguan nutrisi yang memiliki masalah keperawatan risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) di PSTW Magetan..
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada lansia dengan gangguan nutrisi yang berisiko mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) di PSTW Magetan.
- c. Menyusun rencana intervensi keperawatan bagi lansia dengan gangguan nutrisi yang mengalami masalah keperawatan risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) di PSTW Magetan..
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada lansia dengan gangguan nutrisi yang berisiko mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) di PSTW Magetan.

- e. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan nutrisi yang memiliki masalah *risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah* (hiperglikemia) di PSTW Magetan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis
 - a. Meneliti dan meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien lanjut usia dengan masalah gizi, dengan fokus pada masalah keperawatan risiko ketidakstabilan glukosa darah (hiperglikemia)
 - b. Bermanfaat untuk rincian dan klarifikasi tentang cara memberikan asuhan keperawatan kepada lansia dengan penyakit gizi, terutama dalam hal permasalahan keperawatan tentang kemungkinan ketidakstabilan glukosa darah (hiperglikemia).
2. Manfaat Praktis
 - a. Bagi pasien
Memperoleh informasi tentang perawatan keperawatan dan menerima layanan kesehatan dalam bentuk perawatan keperawatan yang sesuai, akurat, dan tepat membantu meningkatkan pemahaman tentang kebutuhan diet pasien.
 - b. Bagi profesi keperawatan
Sebagai bidang keperawatan, ini menyediakan titik referensi dan panduan mendasar untuk melaksanakan intervensi keperawatan yang

menyeluruh dan efisien untuk pasien dengan ketidakstabilan glukosa darah (DM).

c. Bagi Rumah Sakit

- 1) Tujuannya adalah untuk membangun asuhan keperawatan profesional di lingkungan PSTW Magetan sebagai rekomendasi untuk meningkatkan asuhan keperawatan bagi pasien yang menghadapi masalah keperawatan berupa risiko ketidakstabilan glukosa darah, khususnya di PSTW Magetan.
- 2) Penanganan masalah keperawatan tentang kemungkinan ketidakstabilan kadar gula darah di PSTW Magetan merupakan salah satu faktor dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah gizi.

d. Bagi Instansi Pendidikan

meningkatkan hasil penelitian tentang teknik intervensi keperawatan yang dapat memajukan pengetahuan keperawatan dan menawarkan ringkasan, beserta sumber data dan informasi bagi penulis studi kasus.

e. Bagi penulis

Menerapkan apa yang telah dipelajari dalam pengembangan ilmu keperawatan sangat penting, terutama ketika mempelajari perawatan diet untuk pasien dengan penyakit gizi yang memiliki kekhawatiran keperawatan tentang kemungkinan kadar glukosa darah yang tidak stabil (DM).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Dasar / Konsep Kebutuhan Dasar

2.1.1 Definisi

Proses penuaan merupakan fenomena alami pada manusia. Usia lanjut merupakan tahap akhir dari proses penuaan, dan penuaan merupakan perubahan biologis yang terus-menerus dialami manusia sepanjang hidupnya (Suardiman, 2011). Kemnenkes RI (2013) menguraikan bahwa mereka yang berusia 60 tahun ke atas dianggap lanjut usia. Menurut Pasal 1 Ayat 2 Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, mereka yang berusia 60 tahun ke atas dianggap lanjut usia (Suardiman, 2011) dalam (Luhung & Anugrahati, 2020)

Penuaan berdasarkan *Constantinides* (dalam Maryam, 2008, hlm. 46) dalam (Nurfatimah et al., 2017) Kemampuan jaringan untuk mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya atau untuk menyembuhkan diri sendiri secara bertahap menurun, sehingga mereka kurang mampu melawan infeksi dan memperbaiki kerusakan. Seiring bertambahnya usia, struktur dan fungsi organ mereka terus memburuk, yang berdampak pada kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan psikologis mereka, serta membuat mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Partini Suadirman, sebagaimana dikutip dalam Sri Salmah (dalam Setyaningrum, 2012, hlm. 3), menegaskan bahwa faktor

biologis, fisiologis, psikologis, dan sosial seringkali menjadi masalah utama yang dihadapi lansia.

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Uraian pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No.13 Tahun 1998 mengenai Kesehatan diuraikan bahwa Usia lanjut merupakan individu yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas (Maryam, dkk, 2008) dalam Sya'diyah (2018). Seiring bertambahnya usia, kemampuan jaringan tubuh untuk menyembuhkan diri sendiri dan mempertahankan fungsi normalnya secara bertahap menurun, sehingga daya tahan tubuh terhadap infeksi dan pemulihan luka menjadi berkurang. Sya'diah (2018) mengutip (Constantindes, 1994). Pada dasarnya, penuaan merupakan proses normal yang menandakan seseorang telah melewati masa kanak-kanak, dewasa, dan tua (Widianita, 2023)

Rentang usia lansia menurut (WHO 2020) adalah:

1. usia pertengahan (*middle age*) antara 45 - 59 tahun.
2. lanjut usia (*elderly*) 60 - 74 tahun.
3. lanjut usia tua (*old*) 75 - 90 tahun.
4. usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Uraian Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terbagi menjadi:

- 1) Pra lansia merupakan individu yang berusia antara 45 hingga 59 tahun.
- 2) Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun atau lebih..
- 3) Lansia risiko tinggi merujuk pada lansia yang berusia 60 tahun ke atas dan mengalami masalah kesehatan, baik fisik maupun mental, yang dapat mengganggu fungsi kehidupannya.
- 4) Lansia potensial merupakan lansia yang masih memiliki kemampuan untuk bekerja atau melakukan kegiatan yang produktif secara ekonomi..
- 5) Lansia tidak potensial merupakan lansia yang sudah tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya sendiri, sehingga bergantung sepenuhnya pada bantuan orang lain dalam menjalani sisa hidupnya. Dalam (Widianita, 2023)

2.1.4 Masalah Kesehatan

Buku karya Kusumo (2020) mengklaim bahwa seiring bertambahnya usia, seseorang sering mengalami berbagai masalah kesehatan yang berkaitan dengan penurunan fungsi organ. Lansia seringkali memiliki sejumlah masalah kesehatan, termasuk:

1. Kondisi yang dikenal sebagai hipertensi, atau tekanan darah tinggi, terjadi ketika tekanan darah seseorang lebih tinggi dari normal, dengan pembacaan sistolik 140 mmHg atau pembacaan diastolik 90 mmHg.
2. Kerusakan sel beta pankreas, yang memproduksi insulin, menyebabkan diabetes melitus, yang umumnya disebut diabetes melitus (DM) atau kencing manis, yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi di atas 200 mg/dL.
3. Arthritis, juga dikenal sebagai penyakit sendi (penyakit radang sendi), merupakan kondisi autoimun yang menyebabkan kerusakan dan cedera pada sendi. Arthritis membutuhkan perawatan dan penanganan jangka panjang.
4. Stroke terjadi ketika penyumbatan atau pecahnya arteri darah mengganggu atau mengurangi suplai oksigen dan nutrisi ke otak.
5. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah penyakit paru jangka panjang yang ditandai dengan penyumbatan saluran napas yang semakin parah seiring waktu dan tidak pernah pulih sepenuhnya.
6. Perasaan melankolis, apatis, dan ketegangan berlebihan yang berlangsung lebih dari dua minggu merupakan ciri-ciri depresi, suatu gangguan suasana hati.

2.1.5 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Menurut Kusumo (2020), terdapat sejumlah perubahan yang dialami oleh lanjut usia, antara lain:

1. Sistem pendengaran: Presbikusis, atau gangguan pendengaran, disebabkan oleh penurunan kapasitas pendengaran telinga bagian dalam, terutama pada frekuensi tinggi, yang membuat suara menjadi tidak jelas dan sulit untuk mengartikan kata-kata. Lima puluh persen dari mereka yang berusia di atas 60 tahun menderita penyakit ini.
2. Sistem integumen: Seiring bertambahnya usia, kulit mereka mengalami atrofi, menjadi kering, keriput, kendur, dan tidak elastis. Kulit menjadi tipis dan keriput karena kurangnya hidrasi. Atrofi kelenjar keringat dan sebacea merupakan penyebab kekeringan, dan kulit mengalami perubahan warna gelap yang disebut bintik hati.
3. Sistem muskuloskeletal: Perubahan jaringan ikat (elastin dan kolagen) merupakan salah satu kelainan muskuloskeletal yang terjadi pada lansia. Penopang struktural utama untuk kulit, tendon, tulang, tulang rawan, dan jaringan ikat adalah kolagen, yang meregang secara tidak teratur.
4. Tulang: Seiring bertambahnya usia, kepadatan tulang menurun, yang memperparah osteoporosis dan menyebabkan nyeri, deformitas, dan patah tulang.

5. Otot: Seiring bertambahnya usia, struktur otot berubah dalam berbagai cara. Penurunan ukuran dan jumlah serat otot serta peningkatan lemak otot dan jaringan ikat berdampak buruk.
6. Sendi: Fleksibilitas jaringan ikat, termasuk ligamen, fasia, dan tendon, yang mengelilingi sendi menurun seiring bertambahnya usia.
7. Adaptasi yang terjadi pada sistem kardiovaskular dan pernapasan meliputi:
 - a. Akibat perubahan jaringan ikat dan penumpukan lipofuscin, sistem kardiovaskular mengalami peningkatan massa jantung, dengan ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan penurunan kapasitas jantung untuk meregang. Lebih lanjut, jaringan konduksi dan nodus sinoatrial dikategorikan sebagai jaringan ikat.
 - b. Seiring bertambahnya usia, jaringan ikat paru-paru dalam sistem pernapasan berubah. Volume cadangan paru-paru meningkat untuk mengimbangi perluasan ruang paru-paru, yang menurunkan aliran udara ke paru-paru meskipun kapasitas total paru-paru tetap sama. Kapasitas peregangan toraks berkurang dan gerakan pernapasan terganggu oleh perubahan pada otot, tulang rawan, dan sendi toraks. Dalam (Widianita, 2023)

2.2. Konsep Nutrisi Dan Cairan

2.2.1. Konsep Nutrisi

Ketidakseimbangan nutrisi merupakan masalah lain yang dihadapi penderita diabetes melitus. Terapi nutrisi, yang bertujuan untuk mengajarkan pasien tentang pilihan gaya hidup yang baik dan membantu menurunkan kadar glukosa darah tinggi yang disebabkan oleh gangguan kemampuan tubuh untuk memproduksi insulin, merupakan terapi nonfarmakologis yang efektif. Penilaian ketidakstabilan kadar glukosa dapat dilakukan dengan melihat hasil tes GDS dan menentukan apakah terdapat masalah yang terkait dengan peningkatan kadar glukosa darah. Klien biasanya melaporkan merasa pusing ketika kadar glukosa darah mereka meningkat (Aini dan Aridiana, 2016). Dengan demikian, tidak ada perbedaan antara situasi aktual dan pengetahuan teoritis tentang teori nutrisi atau diabetes melitus. Secara teoritis, tanda dan gejala diabetes melitus disebabkan oleh kadar glukosa darah yang lebih tinggi dari biasanya, yang dapat menyebabkan pasien bereaksi dengan merasa lemas dan pusing. Dalam (Renaldi et al., 2022)

2.2.2. Konsep Cairan

Faktor risiko utama perkembangan penyakit arteri koroner (PJK) pada pasien diabetes melitus tipe 2 meliputi kebiasaan mengonsumsi minuman ringan berkadar gula tinggi, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, dan kegagalan mendapatkan perawatan medis rutin. Penurunan sekresi insulin

akibat glukosa dan malfungsi sel beta sementara dapat terjadi akibat hiperglikemia kronis (Masuda et al., 2022).

Hiperglikemia yang disebabkan oleh kontrol glukosa yang tidak memadai dapat mengakibatkan toksisitas glukosa, yang mengganggu kontrol sistem transporter glukosa dan menurunkan transkripsi gen insulin. Hal ini menyebabkan akumulasi sekresi insulin dan penurunan kapasitas tubuh untuk membuang glukosa (Puttanna & Padinjakara, 2014).

Ketika hormon kontra-regulasi, termasuk glukagon, katekolamin, kortisol, dan hormon pertumbuhan, meningkat, insulin menjadi tidak efisien. Karena tubuh tidak dapat menggunakan glukosa, ia harus menghasilkan sumber energi lain, yang dicapai dengan meningkatkan aktivitas lipase.

Jaringan adiposa akan dipecah oleh aktivasi lipase menjadi asam lemak bebas, yang kemudian akan diubah menjadi asetil koenzim A. Sebagian akan diubah menjadi keton, seperti aseton, asetoasetat, dan beta-hidroksibutirat, sementara sisanya akan masuk ke siklus Krebs untuk menyediakan energi bagi organisme (Febrianto & Hindariati, 2021). Asam kuat seperti asetoasetat dan beta-hidroksibutirat menyebabkan kadar bikarbonat menurun, yang mengakibatkan asidosis metabolik (Miarta et al., 2019). Dalam (Fauziyah et al., 2024)

2.3.Konsep Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah didefinisikan oleh Subkategori Nutrisi dan Cairan SDKI D.0038 sebagai risiko kadar glukosa darah yang menyimpang dari kisaran normal.

2.4.1. Etiologi

Etiologi menurut SDKI Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah D0038 Subkategori Nutrisi Faktor Resiko yaitu:

1. Minimnya akses atau paparan terhadap informasi mengenai pengelolaan diabetes
2. Pemantauan kadar glukosa darah yang tidak akurat atau tidak konsisten
3. Kepatuhan yang rendah terhadap rencana pengelolaan diabetes yang telah ditetapkan
4. Ketidakteraturan dalam pengaturan penggunaan obat-obatan
5. Kondisi kehamilan sebagai faktor pemicu ketidakseimbangan glukosa
6. Masa pertumbuhan yang berlangsung dengan cepat
7. Tingkat stres yang berlebihan atau tidak terkendali
8. Peningkatan berat badan yang signifikan
9. Kesulitan dalam menerima atau menyesuaikan diri dengan diagnosis penyakit

2.4.2. Faktor yang Mempengaruhi

Pengetahuan, kepatuhan pengobatan, olahraga, dan pola makan merupakan beberapa faktor yang memengaruhi pengendalian diabetes. Kadar gula darah dapat berfluktuasi jika pengelolaannya tidak baik, yang dapat menyebabkan ketidakstabilan. Dampak yang lebih serius juga dapat terjadi, seperti hiperglikemia, yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah, atau syok hipoglikemia, suatu kondisi di mana kadar gula darah turun di bawah 60 mg/dL. Dalam situasi yang parah, hal ini berpotensi fatal karena masalah diabetes melitus dapat menyebabkan gagal ginjal kronis, yang membuat ginjal bekerja terlalu keras untuk terus-menerus menghasilkan urine dalam (Dewi, 2015)

2.4.3. Patofisiologi

Menurut Khasanah (2019), ketidakmampuan tubuh untuk menggunakan dan melepaskan insulin secara efisien (Irianto, 2015) meningkatkan risiko ketidakstabilan glukosa darah. Sel-sel tubuh menggunakan glukosa, yang terdapat dalam sirkulasi, sebagai sumber energi utama. Kadar glukosa darah biasanya meningkat setelah makan dan turun antara 4 dan 8 mmol/L (70 dan 150 mg/dL). Pagi hari sebelum makan biasanya merupakan saat kadar glukosa darah berada pada titik terendah dalam (Wulandari et al., 2024)

Meningkatkan produksi insulin sangat penting untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah kadar glukosa darah naik di atas normal, sekaligus menjaganya dalam batas yang dapat diterima. Namun, kadar glukosa darah yang tinggi dan timbulnya Diabetes Melitus Tipe 2 akan terjadi jika sel-sel beta tidak mampu menghasilkan insulin tambahan yang dibutuhkan (Ainni, 2017) dalam (Wulandari et al., 2024)

2.4.4. Komplikasi

Salah satu karbohidrat yang tidak dapat dipecah menjadi bentuk yang lebih sederhana adalah glukosa. Glukosa bergerak ke seluruh tubuh dan menyediakan energi bagi manusia. Kadar gula darah biasanya berkisar antara 4 dan 8 mmol/l (70 dan 150 mg/dl) pada waktu-waktu tertentu dalam sehari. Saat kita makan, jumlah ini biasanya meningkat, dan saat kita bangun tidur dan sebelum makan pagi, biasanya turun (Kemenkes, 2014 sebagaimana dirujuk dalam Heru SL dan Endang PB. 2018). Setelah berpuasa setidaknya selama delapan jam, penderita diabetes melitus harus menstabilkan kadar gula darahnya dan mengupayakan kisaran normal 100–126 mg/dL. Ini dikenal sebagai gula darah acak, dan lebih disukai, glukosa darah postprandial, yang terjadi dua jam setelah makan.

Hiperglikemia merupakan komplikasi paling umum yang terkait dengan diabetes. Penderita diabetes yang mengalami hiperglikemia persisten lebih rentan terhadap komplikasi. Masalah kardiovaskular lebih mungkin terjadi pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang merokok, memiliki tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, dan kadar glukosa darah yang meningkat secara signifikan dalam (Nusantara et al., 2023).

Kadar glukosa darah yang tinggi, biasanya antara 140 dan 160 mg/ml saat berpuasa, disebut hiperglikemia. Karena mereka lebih menyukai kondisi kadar glukosa tinggi, kondisi ini menyebabkan berbagai mikroorganisme, termasuk bakteri dan jamur, berkembang biak dengan cepat. Aliran darah ke jaringan yang terinfeksi meningkat setiap kali terjadi peradangan. Karena kuman lebih mudah mengakses nutrisi dalam kondisi ini, penderita diabetes melitus lebih rentan terhadap infeksi bakteri dan jamur.

Komplikasi kronis (dalam waktu lama) dapat menyebabkan:

1. Retinopati diabetik, (gangguan mata/penglihatan) Kadar gula darah tinggi yang pada akhirnya merusak pembuluh darah retina, terutama pada jaringan yang peka cahaya, merupakan ciri khas retinopati diabetik, akibat diabetes melitus. Diabetes melitus dapat menyerang siapa pun dengan diabetes tipe I atau tipe II, meskipun lebih mungkin menyerang orang dengan kadar gula darah yang tidak terkontrol dan riwayat diabetes yang panjang. Pada awalnya, retinopati diabetik seringkali tidak bergejala atau dengan gejala yang relatif ringan. Namun, kebutaan dapat terjadi jika tidak

diobati. Oleh karena itu, meskipun tidak ada gejala mata, penderita diabetes tetap dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan mata secara teratur setidaknya setahun sekali.

2. Penyakit kardiovaskular, (penyakit jantung dan pembuluh darah) Ketika seseorang menderita DM, struktur dan fungsi jantungnya terganggu. Diabetes dapat mengakibatkan sejumlah konsekuensi penyakit vaskular, seperti neuropati atau gangguan sistem saraf, serta masalah makrovaskular dan mikrovaskular. Tanpa konsekuensi makrovaskular diabetes melitus, seperti hipertensi, penyakit arteri koroner, dan aterosklerosis, penyakit jantung diabetik ditandai dengan kelainan pada struktur dan fungsi jantung.
3. *Nefropati diabetik*, (gangguan ginjal) Komplikasi ginjal akibat diabetes melitus dikenal sebagai nefropati diabetik. Penyakit ginjal diabetik adalah nama lain untuk penyakit ini. Ginjal seseorang tidak berfungsi optimal ketika mengalami nefropati diabetik. Kerusakan fungsi ginjal dapat terjadi jika tidak ditangani.
4. *Neuropati diabetik*, (Neuropati perifer yang berkontribusi terhadap luka kronis dan risiko amputasi pada kaki.) Ketika penderita diabetes menunjukkan gejala dan/atau indikator kerusakan saraf yang tidak dapat dikaitkan dengan penyebab lain selain diabetes melitus (DM), kondisi ini dikenal sebagai neuropati diabetik. Neuropati diabetik adalah suatu kondisi di mana dinding pembuluh darah kapiler yang mensuplai saraf memburuk

dan rusak seiring waktu jika kadar gula darah tidak dapat diturunkan ke normal. (Widianita, 2023)

2.3.1. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang umumnya dilakukan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 meliputi:

- a. *Tes Glycated Hemoglobin (A1C)*, Tujuan tes darah ini adalah untuk menunjukkan kadar gula darah rata-rata tubuh selama dua hingga tiga bulan terakhir. Tes A1C menghitung proporsi gula darah yang mengikat hemoglobin, protein dalam sel darah merah yang membawa oksigen. Kadar gula darah yang lebih tinggi menunjukkan jumlah hemoglobin yang lebih banyak dan terikat gula. Seseorang didiagnosis positif diabetes jika hasil tes menunjukkan kadar A1C 6,5% atau lebih dan kadar ini secara konsisten ditunjukkan pada tes lain. Kadar normal adalah di bawah 5,7%, tetapi hasil antara 5,7% dan 6,4% masih tergolong pradiabetes, yang menempatkan seseorang pada risiko tinggi terkena diabetes (Haryono & Susanti, 2019).
- b. *Tes Gula Darah Puasa*, Setelah berpuasa selama 8-10 jam, sampel darah akan diambil. Normal didefinisikan sebagai kadar gula darah puasa kurang dari 100 mg/dL (5,6 mmol/L). Pradiabetes didefinisikan sebagai kadar gula darah puasa antara 100 dan 125 mg/dL (5,6 dan 6,9 mmol/L). Pasien didiagnosis diabetes jika hasil dua tes berbeda menunjukkan kadar 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih tinggi (Subiyanto, 2019).

- c. Tes Gula Darah Acak, Sampel darah akan diambil secara acak. Satuan pengukuran kadar gula darah yang umum digunakan dalam tes ini adalah milimol per liter (mmol/L) atau miligram per desiliter (mg/dL). Tes ini tidak terpengaruh oleh kapan terakhir kali seseorang makan; jika hasil gula darah acak adalah 200 mg/dL atau 11,1 mmol/L, hasilnya positif diabetes, terutama jika disertai satu atau lebih gejala penyakit, seperti rasa haus yang berlebihan dan sering buang air kecil (Haryono & Susanti, 2019).
- d. Tes Toleransi Glukosa Oral, Prosedur pengambilan sampel darah untuk tes ini cukup mirip dengan tes gula darah puasa, di mana pasien harus berpuasa selama delapan hingga sepuluh jam, tetapi tetap diperbolehkan mengonsumsi air putih tanpa gula. Pasien diberikan 75 gram glukosa yang dilarutkan dalam 250 cc air, yang harus diminum dalam waktu 5 menit setelah kadar gula darah puasa ditentukan. Kemudian, pasien melanjutkan puasa. Kadar glukosa darah diuji dua jam kemudian. Gula darah normal didefinisikan sebagai kurang dari 140 mg/dL (7,8 mmol/L). Pradiabetes didefinisikan sebagai kadar gula darah antara 140 dan 199 mg/dL (7,8 mmol/L dan 11,0 mmol/L). Setelah dua jam pemberian glukosa, kadar gula darah 200 mg/dL (11,0 mmol/L) atau lebih tinggi mungkin merupakan tanda diabetes.
- e. Gula Darah Sewaktu (GDS), juga disebut Glukosa Darah Sewaktu atau GDS, adalah istilah untuk pengukuran kadar glukosa darah pasien yang dapat dilakukan kapan saja tanpa perlu berpuasa. Tes GDS banyak digunakan untuk pemantauan glukosa darah rutin pada pasien diabetes

maupun sebagai alat skrining diabetes. Untuk sampel darah kapiler, teknik pengukuran glukosa darah acak dapat menggunakan strip tes; untuk sampel serum atau plasma, dapat menggunakan fotometer. (Badrawi & Nugraha, 2018).

Nurarif dan Kusuma (2015) dalam (Pokhrel, 2024), mengungkapkan dalam teorinya jenis tes laboratorium pada pasien diabetes mellitus dapat mencakup uji skrining, uji diagnostik, evaluasi terapi berkelanjutan, serta pemeriksaan untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi. Berikut pemaparannya:

a. Tes Saring

1. GDP, GDS

2. Tes Glukosa Urine

a) Tes Konvensional (metode reduksi/Benedict)

b) Tes Carik Celup (metode glucose oxidase/hexokinase)

b. Tes Diagnostik Tes yang dilakukan yaitu: GDP, GDS, GD2PP

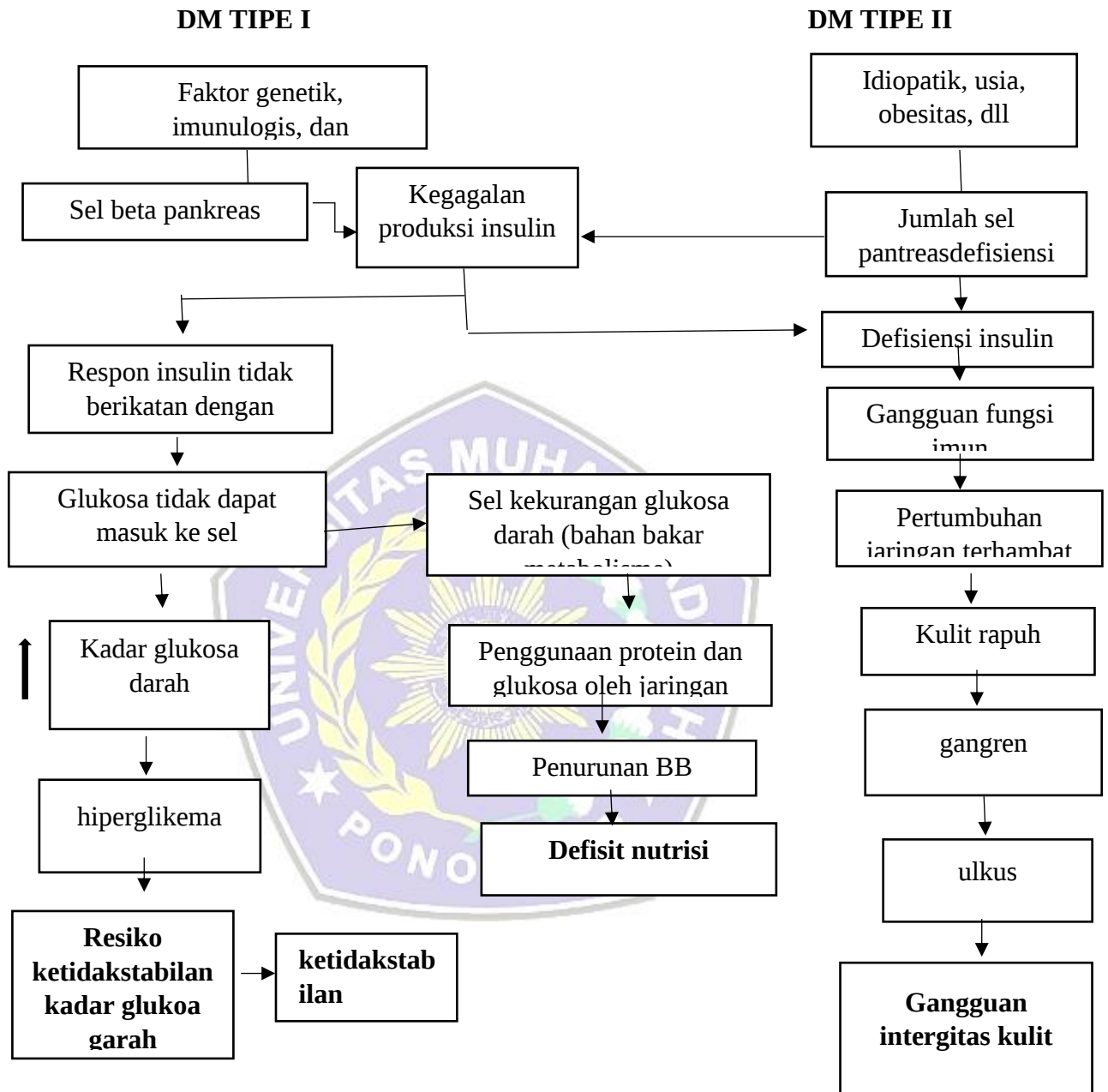
(Glukosa Darah 2 Jam Post Prandial), Glukosa jam ke-2 TTGO

c. Tes Pemantauan Terapi

1. GDP: Plasma vena, darah kapiler

2. GD2PP: Plasma vena dalam (Widianita, 2023)

2.3.2. Patway



Gambar 2. 1 Pathway Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2.3.7. Penatalaksanaan

Menurut SDKI (2018), Istilah "ketidakstabilan glukosa darah" menggambarkan variasi kadar glukosa darah yang dapat meningkat (hiperglikemia) atau turun (hipoglikemia) dari kisaran normal. Menurut SDKI (2018), Resistensi insulin, toleransi glukosa yang buruk, disfungsi pankreas, dan kelainan pada kadar darah puasa merupakan penyebab hiperglikemia. Mengelola hiperglikemia merupakan komponen kunci dari rencana perawatan diabetes melitus tipe II. SIKI (2018) menyatakan bahwa mengelola hiperglikemia melibatkan penentuan dan pengaturan kadar glukosa darah yang lebih tinggi dari biasanya. Observasi (mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, mencari tahu mengapa kebutuhan insulin lebih tinggi, memantau gula darah, mengamati tanda dan gejala hiperglikemia, memantau asupan dan keluaran, memantau keton urin, menganalisis kadar gas darah, elektrolit, tekanan darah osmotik, dan frekuensi denyut nadi), tindakan terapeutik (memberikan asupan cairan oral), edukasi (menyarankan untuk tidak berolahraga ketika kadar glukosa darah melebihi 250 mg/dL, mendorong pemantauan kadar gula darah mandiri, kepatuhan terhadap diet dan rejimen olahraga, serta manajemen diabetes), dan kerja sama (pemberian insulin) semuanya termasuk dalam manajemen ini. Cahyono (2010) menyatakan bahwa empat faktor berikut ini krusial dalam manajemen penderita diabetes melitus:

1. Yang pertama, menurunkan kadar gula darah dan mengendalikan gejala klinis terkait memerlukan pengaturan makanan yang cermat, tetapi pola makan harus cukup padat nutrisi. Pasien dianjurkan untuk membatasi asupan gula dan mengonsumsi makanan tinggi karbohidrat kompleks (seperti roti, nasi, singkong, atau ubi jalar). Penderita diabetes berat sangat tidak disarankan untuk mengonsumsi gula sama sekali. Karena serat dapat memperlambat kenaikan kadar gula darah secara signifikan dan meningkatkan rasa kenyang, disarankan untuk mengonsumsi banyak buah dan sayuran yang tinggi serat.
2. Yang kedua, guna melakukan evaluasi rutin setiap tiga bulan terhadap glukosa darah puasa, sewaktu, dan HbA1c.
3. Ketiga, mengonsumsi obat diabetes oral sesuai petunjuk medis.
4. Keempat, Pasien yang aktif secara fisik memiliki toleransi glukosa yang lebih baik dan membutuhkan lebih sedikit insulin. Sepanjang hari dan kapan pun, kadar glukosa darah berfluktuasi, naik dan turun. Federasi Diabetes Internasional (IDF), Asosiasi Diabetes Amerika (ADA), dan Perhimpunan Endokrin Indonesia (Perkeni) telah menetapkan kriteria yang menyatakan seseorang menderita diabetes jika kadar glukosa darah puasanya lebih dari 126 mg/dl dan kadar glukosa darah dua jam setelah makannya lebih dari 200 mg/dl. Selain itu, lebih banyak molekul hemoglobin yang terikat pada glukosa ditunjukkan dengan kadar HbA1c darah yang lebih tinggi. Agar diabetes berhasil dikelola, pemantauan HbA1c sangat penting. Manajemen glukosa darah yang

buruk ditunjukkan dengan kadar A1c yang tinggi (dewi, 2018) dalam (Sartika & Hestiani``, 2019).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Resiko Ketidakstabilan

Kadar Glukosa Darah

2.4.1. Pengkajian Keperawatan Lansia

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal yang menjadi dasar penentuan proses keperawatan berikutnya. Pengkajian yang logis, sistematis, dan komprehensif meliputi bio, psiko, sosial, spiritual, dan budaya akan mendukung dan mengarah pada identifikasi masalah-masalah klien (Zuliani et al., 2023).

Adapun jenis data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan, berupa:

1. Data Subjektif

Selain riwayat keperawatan klien, informasi ini dikumpulkan dari pasien melalui wawancara, anggota keluarga, konsultan, dan spesialis medis lainnya. Data ini terdiri dari keluhan atau penilaian subjektif klien terhadap kondisi kesehatannya (Leniwita & Anggraini, 2019).

2. Data Objektif

Pemeriksaan fisik, analisis laboratorium, temuan tes pendukung, dan observasi semuanya berkontribusi pada pengumpulan data ini. Kondisi kesehatan klien, mekanisme koping, reaksi terhadap terapi,

potensi risiko masalah, dan sistem pendukung merupakan topik utama evaluasi ini (Leniwita & Anggraini, 2019).

Adapun pengkajian keperawatan yang dilakukan, diantaranya:

A. Anamnesis

I. Identitas

1. Data identitas lansia mencakup nama, alamat, jenis kelamin, usia, status pernikahan, agama, suku, tingkat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber penghasilan, serta tempat tinggal saat ini. Informasi ini sangat penting, terutama jika lansia menetap di fasilitas pelayanan khusus, karena perlu diketahui durasi mereka tinggal di tempat tersebut. Dalam mengkaji identitas lansia, usia menjadi aspek penting, mengingat individu berusia 60 tahun ke atas cenderung menghadapi berbagai hambatan dalam aktivitas akibat proses penuaan.
2. Nama, alamat, nomor telepon, dan hubungan pihak yang bertanggung jawab dengan lansia merupakan bagian dari identitas mereka. Ketika anggota keluarga terus mengunjungi lansia yang tinggal di fasilitas perawatan, keluarga tersebut bertanggung jawab.

II. Keluhan Utama

Pasien dengan gangguan endokrin, seperti diabetes melitus, sering menunjukkan gejala utama, yang meliputi poliuria, polifagia, dan polidipsia. Peningkatan denyut jantung, napas cepat, keringat berlebih, dan rasa lapar yang meningkat merupakan tanda-tanda hipertiroidisme. Di sisi lain, gejala

hipotiroidisme meliputi kelemahan, kram otot, dan sesak napas dalam (Rika Widianita, 2023)

III. Riwayat Kesehatan

1. Status kesehatan saat ini
 - a. Keluhan klien saat ini menguraikan masalah utama yang sedang mereka hadapi. Pada individu lanjut usia yang memiliki risiko fluktuasi kadar glukosa darah..
 - b. Faktor pencetus Pada individu lanjut usia yang memiliki risiko fluktuasi kadar glukosa darah biasanya diakibatkan oleh hipertensi, kurang aktivitas fisik, kegemukan, dislipidemia (kolesterol).
 - c. Waktu timbulnya keluhan Kien menceritakan waktu munculnya keluhan yang dirasakan. Pada individu lanjut usia yang memiliki risiko fluktuasi kadar glukosa darah biasanya keluhan muncul saat melakukan aktivitas yang memerlukan energi yang besar atau berebahan.
 - d. Kondisi yang memperingan dan memperberat keluhan Pada individu lanjut usia yang memiliki risiko fluktuasi kadar glukosa darah biasanya kondisi yang dapat memperingan keluhan yaitu dengan cara diet gula, banyak olahraga dan mengurangi makan yang berlemak.
 - e. Kondisi yang memperingan dan memperberat keluhan Pada individu lanjut usia yang memiliki risiko fluktuasi kadar glukosa darah biasanya kondisi yang dapat memperingan keluhan yaitu

dengan caradiet gula, berolah raga dan mengurangi makan yang berlemak. Sedangkan kondisi yang dapat memprberat keluhan yaitu ketika klien sering makan makanan yang tidak sehat dan kurang aktivitas.

- f. Upaya klien memberikan wawasan tentang berbagai tindakan yang diambil untuk menyelesaikan keluhan yang telah dibuat.

- 1) Masalah kesehatan kronis.

Proses pengkajian ini dilakukan guna mengetahui adanya penyakit kronis pada klien dan apakah masalah kesehatan klien pada tingkat ringan, sedang atau berat.

- 2) Riwayat kesehatan masa lalu.

Riwayat medis atau penyakit klien sebelumnya disebut sebagai "riwayat kesehatan masa lalu". Riwayat medis seseorang harus dievaluasi untuk mengetahui kondisi seperti diabetes melitus, hipertensi, gangguan muskuloskeletal yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, jatuh atau kecelakaan, rawat inap, penggunaan obat-obatan, dan alergi, yang meliputi reaksi terhadap makanan, debu, obat-obatan, dan zat lainnya.

- 3) Riwayat kesehatan keluarga.

Pada riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji, meliputi informasi mengenai penyakit keturunan dan menular dalam keluarga serta visualisasi genogram yang bertujuan untuk mengetahui apakah keluarga juga memiliki riwayat penyakit

yang sama dengan klien baik secara faktor genetik atau keturunan.

4) Riwayat Psikososial dan Spiritual.

- a. Psikologis, yang perlu dikaji yaitu persepsi dan harapan lansia terhadap proses menua serta status depresi yang dapat dilihat dengan menggunakan format *Depresi Beck* atau *Depresi Yesavage*. Pada psikologis lansia akan mengalami peningkatan emosional atau kecemasan yang berlebihan.
- b. Sosial, yang perlu dikaji yaitu pola komunikasi dan interaksi lansia dengan orang disekitarnya serta dukungan keluarga yang dapat dilihat dengan menggunakan *APGAR Skore*. Lansia akan cenderung mengasingkan diri atau menarik diri dari lingkungan sehingga interaksi sosial menjadi terganggu.
- c. Spiritual, yang perlu dikaji yaitu agama dan keyakinan yang dianut lansia, keyakinan tentang kematian serta bagaimana lansia dalam menjalankan ibadah menurut agamanya. Pada lansia dengan gangguan aktivitas akan mengalami hambatan dalam melaksanakan ibadah sholat sehingga dapat melakukannya dengan cara duduk ataupun berbaring.

IV. Status Fisiologis Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi mengacu pada kemampuan lansia untuk memenuhi kebutuhan gizi mereka. Frekuensi makan, jenis makanan, pola makan, makanan yang disukai dan tidak disukai, pantangan makanan, dan keluhan saat makan, seperti mual atau muntah, serta kemampuan menelan, semuanya termasuk dalam evaluasi, serta kaji adakah diet yang dijalani lansia.
2. Eliminasi mengkaji frekuensi, konsistensi, kebiasaan, keluhan, dan riwayat penggunaan obat-obatan, termasuk diuretik, laksatif, dan lain-lain, untuk menggambarkan pola eliminasi lansia baik yang berupa urine (BAK) maupun feses (BAB).
3. Tidur siang atau istirahat menjelaskan pola tidur-istirahat lansia, termasuk seberapa sering mereka tidur, berapa lama mereka tidur, kebiasaan tidur mereka, keluhan tidur yang mungkin mereka alami (seperti insomnia, terbangun di tengah malam, atau masalah lainnya), dan evaluasi riwayat penggunaan pil tidur mereka.
4. Aktivitas harian menunjukkan bagaimana lansia terlibat dalam berbagai pola aktivitas. Selain mengevaluasi kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas menggunakan format BARTHEL INDEX atau KATZ INDEX, penilaian ini juga melihat aktivitas harian, partisipasi olahraga, kebiasaan waktu luang, dan keseimbangan mereka menggunakan format penilaian keseimbangan. Biasanya pada lansia dengan intoleransi aktivitas akan cenderung mengalami perubahan aktivitas dan tidak mampu menyelesaikan aktivitasnya karena mudah lelah dan merasa lemah.

5. Kebersihan. Hal ini mengkaji perilaku baik dalam hal mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, serta menjaga kesehatan seksual dan reproduksi untuk menggambarkan rutinitas perawatan diri lansia.

V. Pengkajian Lingkungan Tempat Tinggal

Menangani kebersihan dan ketertiban ruangan, pencahayaan, aliran udara, kondisi toilet dan kamar mandi, pembuangan limbah, sumber air minum, sumber polusi, dan pembuangan air yang terkontaminasi. Tempat yang kotor dan tidak rapi akan menyebabkan lansia kesulitan dalam beraktivitas.

VI. Pengkajian Status Fungsional

Mengevaluasi kemampuan lansia untuk melakukan tugas sehari-hari secara mandiri merupakan bagian dari penentuan status fungsional mereka. KATZ INDEX dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemandirian lansia dalam aktivitas sehari-hari. Berdasarkan penilaian kemandirian atau ketergantungan lansia dalam melakukan aktivitas seperti makan, berpakaian, menggunakan toilet, dan bergerak, skor ini diterapkan pada aktivitas kehidupan sehari-hari mereka (Pipit Supriyanto Febrian, 2022).

Indek Katz

A: Mandiri sepenuhnya dalam melakukan semua aktivitas dasar, meliputi makan, kontrol buang air besar/kecil, berpindah tempat, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian.

B: Mandiri dalam seluruh fungsi dasar, kecuali satu aktivitas.

C: Mandiri dalam semua aktivitas dasar, kecuali mandi dan satu fungsi lainnya.

D: Mandiri dalam sebagian besar aktivitas, namun membutuhkan bantuan dalam mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.

E: Membutuhkan bantuan dalam mandi, berpakaian, ke kamar kecil, serta satu fungsi lainnya; mandiri dalam dua fungsi yang tersisa.

F: Tidak mandiri dalam mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan; hanya mandiri dalam satu fungsi.

G: Sepenuhnya bergantung pada bantuan dalam seluruh enam fungsi aktivitas dasar.

B. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan dari ujung rambut hingga ujung kaki (head to toe) untuk mendapatkan data objektif tentang klien dari tindakan keperawatan klien serta memungkinkan perawat merumuskan penilaian klinis, yang dilakukan melalui inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), dan auskultasi (mendengar) (Irwan & Risnah, 2022).

a. Keadaan Umum

Biasanya klien akan merasa lemah dan mudah lelah. Kesadaran Tingkat kesadaran adalah suatu ukuran keadaan kesadaran serta respon seseorang terhadap rangsangan lingkungan. Adapun beberapa tingkat kesadaran yaitu komposmentis, apatis, delirium, somnolen, stupor dan koma.

- 1) Glasgow Coma Scale (GCS) GCS menjadi alat ukur yang digunakan dalam praktik klinis untuk menilai status kesadaran seseorang secara objektif.. Adapun respon yang dinilai meliputi respon membuka mata (E), respon verbal (V) dan respon gerak atau motorik (M). Nilai yang didapatkan

dengan nilai normal E (4), V (5), dan M (6) Hasil pemeriksaan E, V, dan M selanjutnya dijumlahkan untuk mengetahui tingkat kesadaran.

- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan status gizi mencakup pengukuran suhu tubuh, tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, serta penilaian berat badan, tinggi badan, dan Indeks Massa Tubuh (IMT) klien. Biasanya klien dengan intoleransi aktivitas akan mengalami peningkatan tekanan darah, dan nadi meningkat.

b. Pemeriksaan fisik (Head To Toe)

1) Kepala

Inspeksi : Kaji model kepala, kebersihan, penyebaran rambut, ada tidaknya lesi, warna rambut

Palpasi : Kaji Odema/benjolan, kerontokan rambut, nyeri tekan.

Pada lansia akan mengalami penipisan pada rambut, perubahan warna rambut (beruban).

2) Mata

Inspeksi : Kaji kesimetrisan dan kelengkapan mata, ada tidaknya lesi, konjungtiva, sklera, strabismus, penggunaan kacamata, ketajaman penglihatan serta lapang pandang.

Palpasi : Kaji Odema/benjolan, nyeri tekan.

Pada lansia akan mengalami penurunan ketajaman penglihatan, perubahan persepsi warna, lensa mata lebih kuning.

3) Hidung

Inspeksi : Kaji bentuk, kesimetrisan, lesi, kebersihan, benjolan, pernapasan cuping hidung

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, oedem.

Pada lansia kemampuan menghidup mengalami penurunan.

4) Mulut, Gigi, dan Tenggorokan

Inspeksi : Kaji kebersihan, Lapisan dalam bibir, terdapat tidaknya lesi, sianosis, stomatitis, kelengkapan jumlah gigi, caries gigi, kesulitan mengunyah dan menelan.

Pada lansia biasanya bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, gigi mengalami ompong, dan adanya bau mulut.

5) Telinga

Inspeksi : Kaji kebersihan dan kelengkapan, ada tidaknya lesi, benjolan, penggunaan alat bantu dengar,

Palpasi : terdapat tidaknya nyeri tekan.

Seorang lansia biasanya keadaan telinga kotor, menurunnya fungsi pendengaran.

6) Leher

Inspeksi : Kaji bentuk, warna kulit dan lesi

Palpasi : Terlepas dari apakah kelenjar tiroid membesar atau tidak, penting untuk mempertimbangkan adanya nyeri, pembesaran vena jugularis, dan pembesaran kelenjar getah bening.

Biasanya tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada rasa nyeri pada lansia.

7) Thorax

Inspeksi: kaji kesimetrisan dan bentuk dada, pergerakan dada kanan dan kiri, penggunaan otot bantu pernapasan, ada tidaknya lesi, retraksi intercosta.

Palpasi: kaji apakah ada benjolan abnormal, ada tidaknya nyeri tekan.

a) Paru-paru

Inspeksi: kaji irama dan frekuensi pernapasan reguler atau tidak (normalnya 12-20x/menit).

Palpasi: kaji ekspansi paru dan akti fremitus Perkusi: kaji suara paru-paru apakah sonor, hiper sonor, ataupun dullness.

Auskultasi: Suara vesikular menandakan napas normal, namun pemeriksaan juga harus mencakup suara abnormal seperti berderak, mengi, ronki, atau stridor.

b) Jantung

Inspeksi: Observasi adanya pulsasi ictus cordis secara kasat mata.

Palpasi: kaji teraba pulsasi ictus cordis ukuran normal atau tidak.

Perkusi: kaji batas jantung dan suara jantung normalnya pekak.

Auskultasi: bunyi jantung S1 dan S2 normalnya lub-dub, kaji ada tidaknya bunyi jantung tambahan seperti murmur, galop.

8) Payudara

Inspeksi : Nilai kesimetrisan, bentuk payudara, dan keberadaan lesi atau perubahan abnormal pada jaringan payudara.

Palpasi : Evaluasi keberadaan benjolan dan nyeri tekan pada payudara. Pada lansia wanita, biasanya terjadi penyusutan jaringan payudara karena proses penuaan.

9) Abdomen

Inspeksi: kaji bentuk, massa, lesi, ada tidaknya distensi abdomen, adanya striae.

Auskultasi: dengarkan suara bising usus normalnya 5- 35x/menit.

Palpasi: kaji ada tidaknya nyeri tekan, adanya pembesaran organ, adanya asites.

Perkusi: kaji suara abdomen normalnya timpani. Genetalia Pada lansia kaji ada tidaknya inkontinensia urin.

10) Ekstremitas

Inspeksi : Kaji bentuk, kesimetrisan dan kelengkapan, gaya berjalan,

Palpasi : kekuatan otot, ada tidaknya nyeri tekan, kaji adanya atrofi/hipertrofi dan adakah fraktur serta odema.

Pada lansia biasanya terdapat kelemahan otot, penurunan ROM, pergerakan sendi menurun, nyeri sendi, dan gangguan pada kemampuan berjalan ataupun duduk.

11) Integumen

Inspeksi : Kaji warna kulit, lesi, turgor kulit, akral hangat/dingin.

Pada lansia biasanya elastisitas kulit menurun, kulit mengendur atau keriput, *Capillary Refil Time* (CRT) dalam (Lansia, 2023)

2.4.2. Diagnosis Keperawatan

Evaluasi klinis terhadap reaksi klien terhadap masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan yang nyata atau yang diduga terjadi dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Mencari tahu bagaimana setiap klien, keluarga, dan komunitas bereaksi terhadap keadaan yang berkaitan dengan kesehatan merupakan tujuan diagnosis terapeutik. Analisis dan interpretasi informasi yang diperoleh dari evaluasi keperawatan klien berfungsi sebagai dasar diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran umum tentang masalah atau situasi nyata klien, yang dianggap mungkin terjadi dan memungkinkan identifikasi solusi dalam tugas perawat.

Menurut Fatimah (2015), sejumlah diagnosis keperawatan yang umum ditemukan pada individu dengan Diabetes Melitus mencakup:

- 1) Risiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah yang berkaitan dengan kondisi diabetes melitus (0038)
- 2) Ketidakteraturan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) (D.0027)
- 3) Devisit nutrisi berkolari dengan ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D0019)

- 4) Gangguan intergitas kulit berhubungan dengan diabetes melitus
(D0129)

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Risiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah (0038) yang disebabkan oleh kondisi diabetes melitus Definisi: Risiko terjadinya fluktuasi kadar glukosa darah dari rentang normal Faktor resiko: 1. Kurangnya akses atau paparan informasi terkait pengelolaan diabetes. 2. Pemantauan kadar glukosa darah yang tidak dilakukan secara tepat atau teratur 3. Kepatuhan yang rendah terhadap rencana manajemen diabetes 4. Ketidakteraturan dalam pengelolaan terapi medikamentosa. 5. Kehamilan yang	Setelah intervensi keperawatan dilakukan selama 3 x 24 jam, diharapkan terjadi perbaikan pada status nutrisi (L.03030) dengan indikator hasil sebagai berikut: 1. BB menunjukkan peningkatan atau berada dalam kisaran normal sesuai IMT. 2. Frekuensi makan meningkat secara teratur sesuai kebutuhan individu. 3. Nafsu makan membaik dan tidak ada	Manajemen Hiperglikemia Observasi 1. Identifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang meningkatkan kebutuhan insulin 3. Pantau kadar glukosa darah bila diperlukan 4. Pantau gejala dan tanda hiperglikemia 5. Pantau cairan masuk dan keluar Terapeutik Pemberian cairan oral Edukasi 1. Pemberian edukasi tentang diet 2. Pemberian edukasi mengenai kesehatan 3. Pemberian edukasi terkait proses penyakit

	dapat memengaruhi kestabilan metabolisme glukosa. 6. Stres secara berlebihan 7. Kenaikan BB 8. Kurang bisa menampung diagnosis Kondisi klinis terkait: 1. Diabetes Melitus 2. Ketoasidosis diabetik 3. Hipoglikemia 4. Diabetes gestasional 5. Penggunaan kortikosteroid 6. Nutrisi parenteral total (TPN)	keluhan anoreksia. 4. Pengetahuan tentang pilihan makanan sehat meningkat, ditandai dengan kemampuan memilih makanan bergizi seimbang. 5. Pemahaman mengenai standar asupan nutrisi membaik, ditunjukkan kepatuhan terhadap anjuran diet. 6. Sikap terhadap makanan dan minuman lebih positif dan selaras dengan tujuan kesehatan individu	4. Melakukan identifikasi terhadap risiko 5. Melakukan konseling mengenai risiko 6. Melaksanakan pemantauan status nutrisi 7. Mendorong pengelolaan berat badan 8. Sarankan tidak berolahraga jika kadar glukosa > 250 mg/dL 9. Sarankan pemantauan mandiri kadar glukosa darah 10. Sarankan patuh terhadap diet dan aktivitas fisik 11. Sarankan pengelolaan diabetes secara menyeluruh Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian insulin
--	---	---	---

2.3.3 Perencanaan Keperawatan 1

2.4.3. Implementasi

Keperawatan berdasarkan (Taqiyyah Burarah & Moihammad Jauhar, 2013) Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun untuk perawat bersama pasien disebut sebagai implementasi asuhan keperawatan. Keselamatan fisik dan psikologis selalu diutamakan, dan pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disetujui, menggunakan metode yang digunakan secara cermat dan efektif dalam situasi yang tepat. Setelah implementasi selesai, dokumentasi dilengkapi, termasuk reaksi pasien dan perawatan yang telah dilakukan.

1. Kajian Keislaman

Banyak penyakit fisik dan spiritual dapat disembuhkan secara signifikan oleh Al-Qur'an. Tubuh, pikiran, dan hati saling berkaitan erat, dan sebagian besar penyakit berkaitan dengan kesehatan fisik dan mental seseorang. Diabetes adalah gangguan yang disebabkan oleh stres, genetika, pola makan, dan kondisi medis yang mendasarinya. Dalam ayat-ayatnya, Al-Qur'an membahas penyakit spiritual dan jantung.

Berbagai teknik dan pengobatan penyakit telah tercatat secara lengkap dalam Al-Qur'an. Ini termasuk:

QS.aal-Anbiya':83 Ini diterjemahkan menjadi: "dan (ingatlah kisah)

Ayub, dia memanggil Tuhannya:

” (Ya Tuhanku, aku mengaku bahwa aku telah sakit, dan Engkau adalah Yang Maha Penyayang di antara semua yang melimpahkan rahmat” (QS.al-Anbiya':83)

Menurut para ahli medis, tidak ada penyakit yang tidak dapat disembuhkan; namun, ada pula yang berpendapat bahwa beberapa kondisi, seperti diabetes, memerlukan perawatan berkelanjutan dengan pengobatan seumur hidup. Sementara itu, hadis menyebutkan hal tersebut:

Penafsiran: Diriwayatkan dari Jabir r.a, dar Rosulullah saw., bersabda: *“Setiap penyakit pasti ada pengobatannya. Jika ada obat yang cocok untuk suatu penyakit, maka, dengan izin Allah, sembuhkanlah orang yang menderitanya”*.

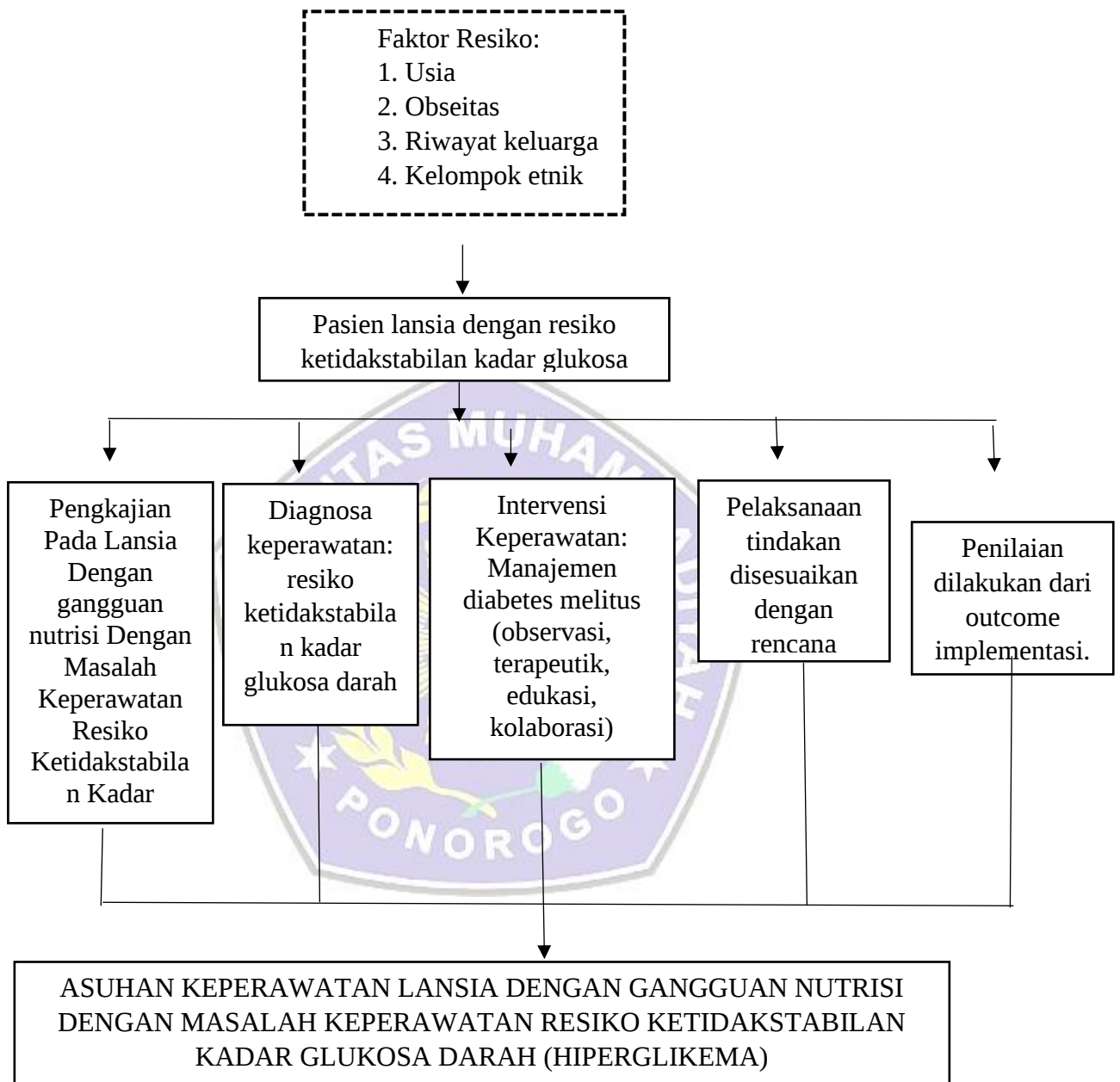
Menurut konsep kesehatan Islam, setiap penyakit ada obatnya. Di sisi lain, konsep ini menyiratkan bahwa meskipun menghadapi kesulitan, kita harus tetap positif tentang kesehatan kita. Kita harus menggunakan kesehatan kita untuk berbuat baik jika kita menjalani hidup sehat. Keyakinan bahwa setiap penyakit ada obatnya sangat penting bagi manusia. Namun, Allah adalah Dzat yang Maha Kuasa untuk menyembuhkan, dan kita hanya diperbolehkan untuk terus mencari solusinya. Percaya atau tidaknya kita kepada-Nya pada akhirnya bergantung pada kita. Jika seseorang yang menderita suatu penyakit memiliki keyakinan atau keyakinan dan keinginan untuk sembuh, keinginan mereka untuk menemukan obat akan memotivasi mereka untuk terus berusaha hingga mereka sembuh. Dalam (Rika Widianita, 2023)

2.4.4 Evaluasi

Evaluasi adalah proses evaluasi yang membandingkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan selama tahap perencanaan dengan perubahan yang diamati pada kondisi pasien. Kita dapat mengevaluasi pencapaian dan tujuan yang diharapkan pasien melalui proses asesmen. Evaluasi lebih lanjut, modifikasi rencana, atau penggantian dengan rencana yang lebih sesuai dengan kemampuan pasien diperlukan jika hanya sebagian dari tujuan yang tercapai atau jika muncul masalah keperawatan baru. Dalam (Rika Widianita, 2023)



2.4.5. Hubungan Antar Konsep



Gambar 2. 2 Hubungan Antar Konsep

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Metode Studi Kasus

Peneliti menggunakan pendekatan kualitatif dalam penelitian ini, yang dicirikan oleh desain penelitian deskriptif. Objek alamiah diselidiki menggunakan pendekatan kualitatif. Di sisi lain, pendekatan eksperimental menempatkan peneliti sebagai alat utama. Triangulasi (kombinasi) digunakan dalam metode pengumpulan data, penalaran induktif digunakan dalam pemrosesan data, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi. (Sugiyono, 2011:8). Dalam (Mulyadi, 2022)

Studi kualitatif ini, yang menggunakan metode fenomenologis, berfokus pada lansia yang rentan terhadap ketidakstabilan glukosa darah. UPT PSTW Magetan, Provinsi Jawa Timur, menjadi lokasi penelitian. Catatan lapangan dan wawancara mendalam merupakan dua teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini. Analisis isi tematik digunakan untuk menganalisis data. Dalam (Muharry, 2015)

3.1 Teknik Penulisan

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan pendekatan proses perawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.3 Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan data dilaksanakan di UPT PSTW Magetan.

2. Waktu Penelitian

Penyusunan Proposal : September- November 2024

Pengumpulan Data Awal : September 2024

Ujian Proposal : 20 Desember 2024

Pengumpulan Data : Desember 2024

Ujian KTI : April-Mei 2025

3.4 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data harus digunakan untuk mendapatkan informasi yang konsisten dengan permasalahan yang ingin dipecahkan oleh penelitian ini. Metode yang diperdebatkan meliputi:

1. Wawancara

Wawancara merupakan dialog yang disengaja, biasanya antara dua orang, dipimpin oleh satu orang dengan tujuan mengumpulkan informasi. Peneliti menggunakan jenis wawancara khusus dalam studi kasus ini yang disebut autoanamnesis, yaitu wawancara langsung dengan klien.

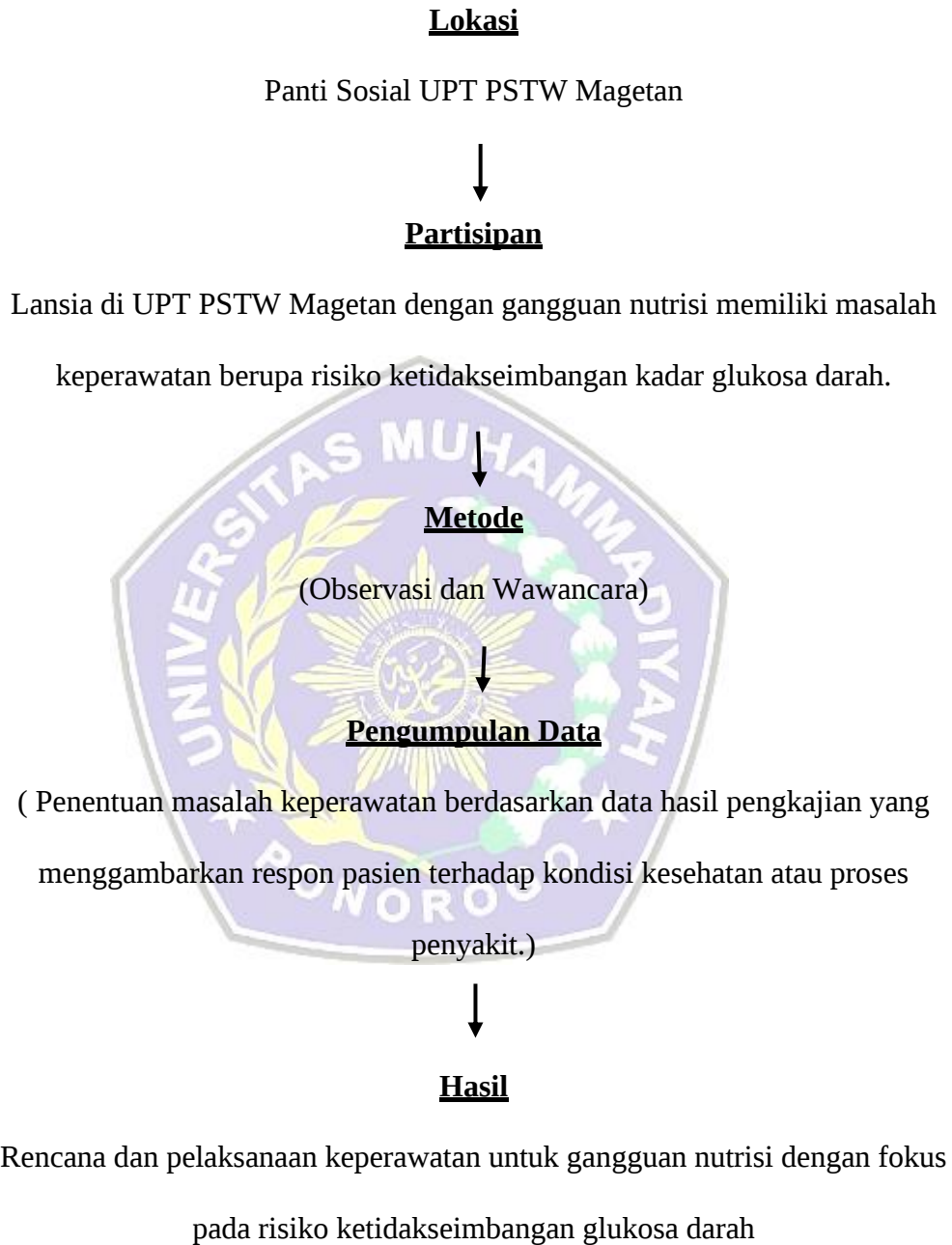
2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Upaya aktif dan terfokus pikiran untuk mengidentifikasi stimulus mengarah pada observasi. Semua indra dapat digunakan untuk melakukan observasi; observasi tidak terbatas pada apa yang terlihat saja. Peneliti melakukan observasi untuk menjawab pertanyaan, meningkatkan pemahaman kita tentang perilaku manusia, memberikan gambaran realistis tentang perilaku atau peristiwa, dan mengukur fitur-fitur tertentu untuk memberikan umpan balik atas pengukuran tersebut. Fisik klien diperiksa dari ujung kepala hingga ujung kaki dalam pemeriksaan fisik studi kasus ini.

3. Studi Dokumentasi

Proses pengumpulan informasi atau variabel dari sumber-sumber seperti dokumen, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, agenda, notulen rapat, dan materi pembandingan lainnya dikenal sebagai penelitian dokumentasi. Benda mati merupakan subjek utama investigasi dokumentasi. Catatan dari data medis, penelitian literatur, tes diagnostik, dan data relevan lainnya digunakan dalam analisis dokumentasi studi kasus ini

3.5 Alur Kerja



Gambar 3.5 Alur Kerja Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Nutrisi Dengan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di UPT PSTW Kab. Magetan.

3.6 Analisa Data

Dari awal studi lapangan hingga pengumpulan dan penyelesaian data, analisis data dilakukan. Proses analisis meliputi penyajian data, perbandingannya dengan hipotesis yang telah diterima, dan akhirnya pengungkapannya dalam sebuah opini debat. Metode analisis yang digunakan adalah menarasikan jawaban dari wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan topik penelitian. Peneliti menerapkan pendekatan analitis melalui observasi dan studi dokumentasi yang menyediakan data, yang kemudian diinterpretasikan oleh peneliti berdasarkan teori yang telah ada untuk memberikan saran intervensi (Tri, 2015 dalam Mukhlis). Urutan analisis ini adalah sebagai berikut (Tri, 2015 pada Mukhlis) dan urutan pada analisis tersebut berupa:

- 1) Pengumpulan Data Hasil WOD (Wawancara, Observasi, Dokumen) digunakan untuk mengumpulkan data. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasikan temuan, dan kemudian ditranskripsikan secara terorganisir.
- 2) Mereduksi Data Transkrip dibuat dari catatan lapangan yang dikumpulkan selama wawancara, yang kemudian dibagi menjadi data subjektif dan objektif. Setelah itu, data ini diperiksa berdasarkan temuan tes diagnostik dan dibandingkan dengan nilai tipikal.
- 3) Penyajian Data Tabel, gambar, bagan, dan prosa naratif semuanya dapat digunakan untuk menyampaikan data. Inisial digunakan untuk nama klien dan nomor rekam medis guna melindungi kerahasiaan klien.

- 4) Kesimpulan Setelah itu, data tersebut diperiksa dan dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya serta, secara teoritis, dengan perilaku kesehatan. Metode induksi digunakan untuk menarik kesimpulan.

3.7 Etika Penelitian

1. Subjek harus diinformasikan sepenuhnya tentang tujuan penelitian agar dapat memberikan persetujuan berdasarkan informasi, yaitu persetujuan untuk berpartisipasi sebagai responden. Subjek bebas untuk berpartisipasi atau tidak sebagai responden. Lebih lanjut, persetujuan berdasarkan informasi harus menyatakan bahwa informasi yang dikumpulkan hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Anonimitas (tanpa nama), di mana individu berhak meminta agar informasi yang telah diberikannya dirahasiakan. Dengan menyembunyikan nama atau menjadi anonim, kerahasiaan responden terlindungi.
3. Peneliti menjamin responden bahwa informasi yang mereka berikan akan tetap rahasia.

3.8 Etika Penulisan

Sriyana (2014) menguraikan bahwa cita-cita organisasi akademik, kesopanan manusia, dan konvensi keagamaan menjadi landasan bagi standar etika yang mengatur perilaku yang pantas dan terpuji dalam menerbitkan publikasi ilmiah. Menurut Anonimus (2013), moralitas dalam menghasilkan publikasi ilmiah adalah:

- a. Semua hasil penelitian, kecuali yang bersifat rahasia atau dapat menimbulkan gangguan publik, harus dibagikan, didistribusikan, dan/atau

dipublikasikan di media cetak atau elektronik untuk pertama kalinya dan hanya satu kali.

- b. Hasil riset dapat dituangkan dalam buku atau artikel dan dipublikasikan melalui jurnal ilmiah atau prosiding.
- c. Pencantuman sumber dana penelitian disarankan, kecuali jika ditolak oleh penyandang dana.

dalam (Caskia et al., 2024)



BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Dengan menggunakan metodologi studi kasus, bab ini menjelaskan asuhan keperawatan untuk lansia dari tanggal 20 hingga 24 Mei 2025, di Wisma Pandu, yang bertempat di Panti Sosial Tresna Werdha, Magetan. Asesmen, diagnosis, intervensi, pelaksanaan, dan evaluasi hasil kegiatan yang telah dilakukan merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan untuk lansia.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

1. Lansia



Nama : Ny. S
Alamat : Madiun
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 63 th
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Riwayat Pendidikan : Tidak Sekolah
Riwayat Pekerjaan : -
Sumber Pendapatan : -
Tempat tinggal sekarang : UPT PSTW MAGETAN

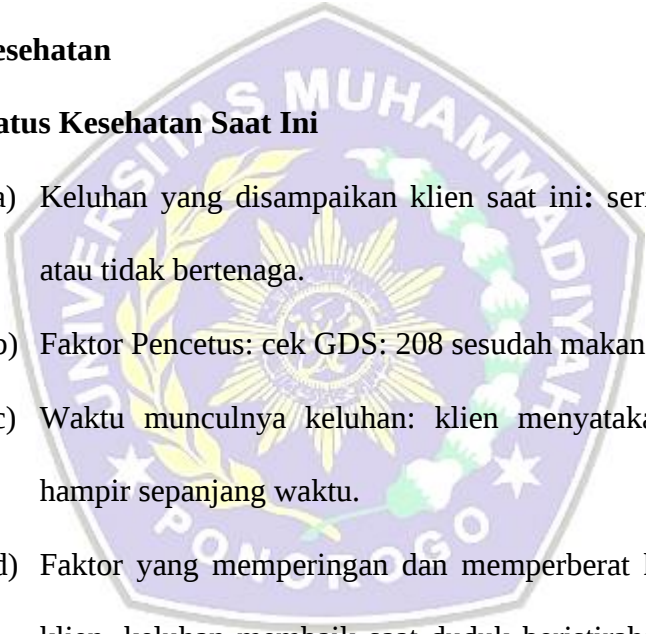
Lama Tinggal : 6 Th
Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2025 jam 13.15

2. Penanggung jawab

Nama : Ny.S
Alamat : Madiun
Hubungan dengan lansia : Kepala Desa
No Telepon : -

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Status Kesehatan Saat Ini

- 
- a) Keluhan yang disampaikan klien saat ini: sering merasa lemas atau tidak bertenaga.
 - b) Faktor Pencetus: cek GDS: 208 sesudah makan
 - c) Waktu munculnya keluhan: klien menyatakan merasa lemas hampir sepanjang waktu.
 - d) Faktor yang memperingan dan memperberat keluhan: menurut klien, keluhan membaik saat duduk beristirahat dan memburuk ketika melakukan aktivitas fisik berlebihan seperti olahraga.
 - e) Pelanggan melaporkan bahwa mereka berupaya mengurangi teh manis dan sayuran yang disiapkan malam sebelumnya.

2. Masalah Kesehatan Kronis (hasil terlampir)

Temuan studi terhadap masalah kesehatan kronis menunjukkan bahwa klien memperoleh skor 34, yang mengindikasikan adanya masalah kesehatan kronis dalam kategori sedang pada status kesehatannya.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

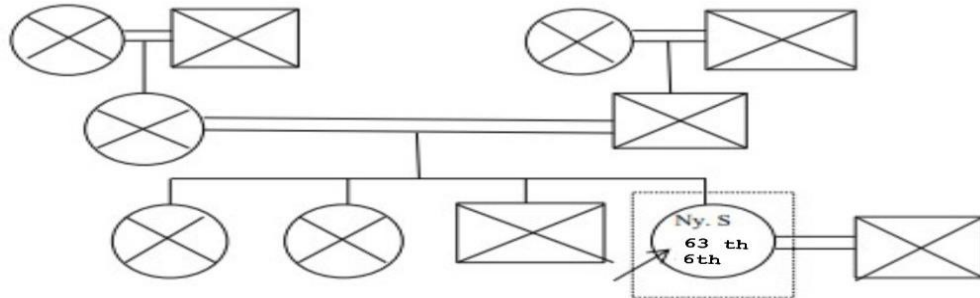
1. Riwayat kondisi medis terdahulu: klien mengatakan pernah melakukan operasi katarak sebelum datang ke UPT PSTW MAGETAN sekitar 6 tahun lalu.
2. Catatan kejadian jatuh atau cedera: pasien menguraikan tidak mempunyai riwayat jatuh atau kecelakaan.
3. Riwayat opname: klien menyebutkan tidak pernah dirawat di rumah sakit.
4. Penggunaan obat sebelumnya: klien mengatakan rutin mengonsumsi obat yang disediakan oleh pihak panti, waktu saya pengkajian klien mengatakan obatnya sudah habis. pasien minum obat Metformin 1 kali/hari sebelum makan dengan dosis 500 mg.
5. Riwayat sensitivitas: klien mengaku tidak memiliki alergi baik terhadap makanan maupun obat.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

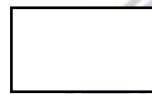
- a. Penyakit yang pernah diderita keluarga:

Pasien menguraikan tidak terdapat yang mempunyai gangguan menular penyakit DM, Hipertensi.

b. Genogram :



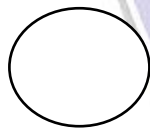
Keterangan:



: Laki – Laki



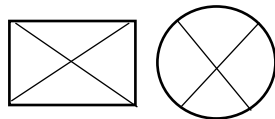
: Pasien



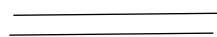
: Perempuan



: Serumah



: Meninggal



: Menikah

Gambar 4.1 Genogram Ny. S

4.1.3 Status Fisiologi

1. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

a. Nutrisi

1) Frekuensi makan:

Pasien menguraikan makan 3x sehari

2) Jenis makanan:

klien mengatakan jenis pangan yaitu sayur, nasi.

3) Kebiasaan makan:

klien mengatakan kebiasaan harus minum teh manis setiap mau makan, dan klien makan 3x sehari setiap pagi, siang dan malam hari, jika makanan tidak habis di makan besok paginya lagi.

4) Makanan yang disukai:

klien mengatakan dia menyukai sayur sup, sayur bening, sayur, daging sapi.

5) Makanan tidak disukai:

Pasien menguraikan dia tidak suka ayam, telur, dan sayur dengan santan.

6) Pantangan makan:

Gula, Makanan yang berlemak, sayur yang sudah kemarin.

7) Keluhan makan:

klien mengatakan semua makanan mau kecuali ayam, telur dan sayur yang di beri santan.

b. Eliminasi

a. Frekuensi

a) BAK : Pasien menguraikan bak sekitar 10-12 x sehari.

b) BAB : klien mengatakan bab 2 hari 1x

b. Konsistensi

a) BAK : kencing berwarna kuning, bau khas urin, jernih.

b) BAB : klien menyebutkan feses keras, berwarna kuning, dengan bau khas

c. Kebiasaan

a) BAK : klien mengatakan sering bak pada malam hari

b) BAB : klien mengatakan bab pada pagi hari, dan 2 hari 1x

d. Keluhan

a) BAK : klien mengatakan mengeluh saat bak saat malam hari karena mengganggu tidurnya.

b) BAB : Klien tidak mengeluhkan masalah saat BAB.

e. Penggunaan obat-obatan tertentu (seperti diuretik atau pencahar)

Klien mengaku tidak pernah mengonsumsi obat untuk melancarkan BAB..

c. Istirahat/Tidur:

a. Frekuensi tidur:

Pasien menguraikan sehari tidur 1x malam saja

b. Lama Tidur:

Pasien menguraikan tidur malam hari sekitar 4 jam saja.

c. Kebiasaan Tidur:

Klien mengatakan sebelum tidur klien rebahan di kasur dan bercerita dengan teman sekamarnya

d. Keluhan Tidur:

klien baru bisa tidur jam 11 malam, dan sering ke kamar mandi untuk bak

e. Catatan pemakaian obat tidur:

Klien mengatakan tidak minum obat tidur.

d. Aktifitas Sehari-hari:

- a) Tugas harian: menurut klien, mereka membersihkan lantai, memotong rumput, dan menyapu kamar sebagai bagian dari rutinitas mereka.
- b) Aktivitas olahraga: Menurut klien, mereka berolahraga dua kali seminggu, pada hari Senin dan Kamis.
- c) Aktivitas rekreasi: klien menyatakan bahwa mereka membantu di dapur dan tidur di tempat tidur di waktu luang mereka.
- d) Kemandirian dalam beraktifitas (hasil terlampir)

Hasilnya yaitu 130 menandakan klien mengalami kemandirian yang sangat baik mulai dari makan, minum, personal toilet (mandi, cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi) hingga mengisi waktu luang.

e) Keseimbangan (hasil terlampir)

Hasil keseimbangan mendapat skor 2 menunjukkan pada penilaian keseimbangan klien berdiri dari kursi dengan cara memiringkan

tubuh ke depan, lalu menekan tangan pada kursi sebagai penopang untuk mendorong tubuh ke atas., saat bangun dari kursi memegang obyek untuk dukungan berdiri

e. Personal Hygiene

a. Rutinitas mandi:

klien mengatakan mandi 2x sehari.

b. Rutinitas gosok gigi:

klien mengatakan gosok gigi 1x sehari.

c. Rutinitas cuci rambut:

klien mengatakan mencuci rambut 1minggu 2x

d. Rutinitas gunting kuku:

Pasien mengatakankan menggunting kuku saat kuku sudah panjang.

e. Reproduksi dan Seksual:

tidak terkaji.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Gejala Vital dan Status Gizi

- Suhu : 36,6 C
- Tekanan Darah : 120/85 mmHg
- Nadi : 87 x/mnt
- Respirasi : 19 x/mnt
- Berat badan : 50 kg

- Tinggi badan : 140 cm
- IMT : 25,5 (kelebihan berat badan)

b. Kepala:

Inspeksi: Kepala simetris, rambut beruban, tersebar tidak merata di kulit kepala.

Palpasi: wajah dan kepala tak adanya benjolan dan tidak terdapat luka.

c. Mata:

Inspeksi: Mata kiri dan kanan simetris, sklera tampak putih, konjungtiva menunjukkan warna merah muda, alis mata simetris, dan pupil isokor.

d. Hidung:

Inspeksi: Tidak terdapat keluaran cairan maupun kelainan massa pada hidung.

e. Mulut, Gigi dan Tenggorokan:

Inspeksi: Mulut presisi, gigi bagian depan tinggal satu, tidak ada nyeri telan.

Palpasi: Mukosa pipi dan palatum tidak menunjukkan adanya pertumbuhan massa abnormal.

f. Telinga:

Inspeksi: Telinga simetris dengan warna kulit yang merata, tidak ada kelainan kulit, ditemukan serumen, serta tidak disertai nyeri tekan.

Palpasi: Tidak terdapat pentolan.

g. Leher:

Inspeksi : Kulit tampak merata tanpa adanya lesi.

Palpasi : Vena jugularis dan tiroid dalam batas normal, tanpa pembesaran.

h. Dada:

1. Paru-paru

Auskultasi : Vesikuler diseluruh lapang pada paru.

Inspeksi: Bentuk dada simetris, tanpa luka maupun bekas luka.

Palpasi : Vokal fremitus kanan dan kiri menunjukkan intensitas yang sama.

Perkusi : Bunyi perkusi pada paru terdengar sonor, sesuai dengan kondisi normal

2. Jantung

Auskultasi : BJ1 dan BJ2 terdengar reguler, tanpa adanya bunyi jantung tambahan.

Inspeksi : Bentuk dada simetris, ictus cordis hanya teraba tanpa tampakan visual di ICS 5 klavikula tengah sisi kiri.

Palpasi : Lokasi ictus cordis berada di ICS 5 midklavikula sinistra.

Perkusi : Perkusi menghasilkan bunyi tumpul.

i. Payudara :

Inspeksi : Bentuk payudara kanan dan kiri seimbang, kulit merata, tidak ada skar, serta tidak teraba nyeri saat ditekan.

Palpasi :

Kedua payudara bebas dari massa atau benjolan abnormal saat palpasi.

j. Abdomen:

Auskultasi : Bunyi peristaltik usus terdengar sebanyak 13 kali per menit di kuadran kanan bawah.

Inspeksi : Bentuk tubuh simetris, warna kulit merata, tanpa bekas luka, edema, maupun lesi.

Palpasi : Abdomen bebas benjolan dan nyeri saat palpasi, tidak ada pembesaran hati, serta tidak tampak kembung.

Peirkusi : Terdengar tympani.

k. Genetalia : tidak terkaji karena pasien merasa malu.

l. Ekstremitas :

Atas : Edema tidak terdeteksi, tidak terdapat tanda-tanda patah tulang, dan kekuatan otot maksimal.

Bawah : Kaki kiri menunjukkan pembengkakan ringan, terdapat bekas luka karena rasa gatal, tidak ditemukan patah tulang, kekuatan otot tetap baik,

m. Integumen :

Inspeksi : Kulit berpigmen kuning muda, terdapat keriput.

Palpasi : CRT < 2 detik, tidak terdapat edema.

4.1.4 Status Kognitif

1. Fungsi Kognitif (hasil terlampir):

Menurut temuan pemeriksaan fungsi kognitif menggunakan MMSE, klien memperoleh skor 16. Karena nilainya berada di bawah 21, hal ini mengindikasikan adanya kemungkinan gangguan kognitif yang memerlukan evaluasi lanjutan.

4.1.5 Status Psikososial Dan Spiritual

1. Psikologis

a) Pandangan lansia terhadap proses penuaan

Pasien menguraikan bahwa ia menghadapi proses menua dengan penuh kesabaran dan menerimanya dengan khlas.

b) Keinginan lansia dalam menghadapi masa penuaan

Tetap bersemangat saat menjalani hari hari biasa.

c) Status Depresi (hasil terlampir):

Dalam profil depresi mendapat skor 1 menunjukkan bahwa fungsi depresi yang telah dilakukan menunjukkan depresi normal.

2. Sosial

1. Dukungan Keluarga (hasil terlampir)

Pada penelitian APGAR LANSIA terdapat skor 6 Keluarga dengan dinamika yang tidak sehat
Sedang.

2. Cara berkomunikasi dan berinteraksi pada lansia: komunikasi klien sangat baik dan sangat kooperatif saat di ajak bicara.

3. Spiritual

1. Aktivitas Keagamaan: pasien menguraikan selalu sholat 5 waktu dan mengaji saat subuh.

2. Prinsip keyakinan mengenai kematian: Pasien menguraikan percaya pada kematian dan berharap meninggal dengan keadaan khusnulqotimah.

3. Upaya untuk meningkatkan spiritualitas: klien mengatakan sering sholat

di kamar untuk mempermudah beribadah dan selalu berdoa ke pada Allah SWT.

4.1.6 Pengkajian Lingkungan Tempat Tinggal

A. Kebersihan dan Kerapihan ruangan:

Kamar tidur klien terlihat teratur, pakaian tersusun dengan rapi, ruangan tampak bersih serta tidak tercium bau yang mengganggu

B. Penerangan:

Wisma Pandu tampak terang dengan pencahayaan yang cukup.

C. Sirkulasi Udara:

Sirkulasi udara di Wisma Pandu tergolong baik, terutama pada pagi hari ketika jendela dan pintu rutin dibuka untuk memperlancar aliran udara segar.

D. Kondisi kamar mandi dan toilet:

Kondisi kamar mandi dan WC di Wisma Pandu tergolong sangat baik, bebas dari bau tidak sedap serta tidak ditemukan kerak atau kotoran yang menempel.

E. Sistem pembuangan air limbah:

Sistem pembuangan air di Wisma Pandu berjalan dengan baik, di mana air limbah dialirkan ke area belakang bangunan melalui saluran yang tertata.

F. Ketersediaan dan akses air layak minum:

Klien memperoleh air minum dari galon isi ulang yang telah disiapkan oleh pihak panti.

G. Sistem pengelolaan sampah:

Sampah dibuang pada tempat yang telah disediakan di sekitar joglo, tepat di depan Wisma Pandu.

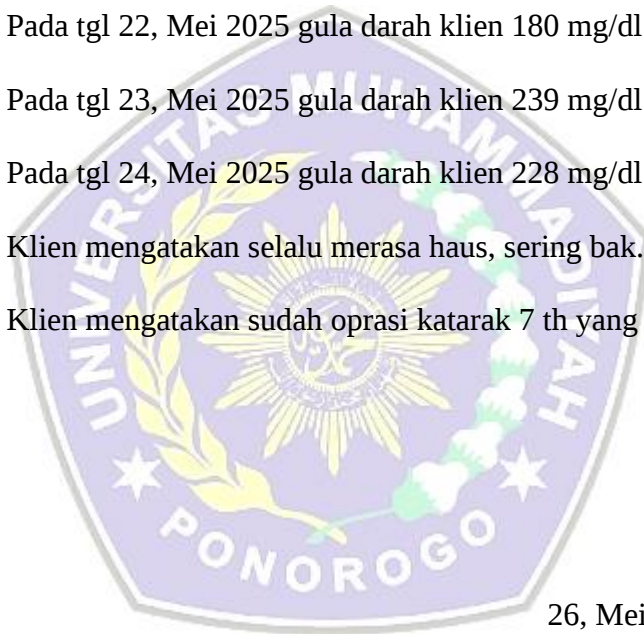
H. Sumber Pencemaran:

Polusi di lingkungan bersumber dari proses pembakaran sampah dan sistem pembuangan air kotor yang kurang optimal.

4.1.7 Informasi Tambahan

1. Pasien telah menetap di Panti Sosial Tresna Werdha Magetan sejak tahun 2019, dengan lama tinggal selama enam tahun, dan saat ini menempati Wisma Pandu.

2. Pasien menguraikan pernah mengalami volume glukosa sampai 298 mg/dl.
3. Pasien mengonsumsi obat metformin untuk menurunkan kadar glukosa dengan dosis 500 mg waktu pengkajian obat habis belum meminta, obat dari petugas UPT PSTW Magetan.
4. Pada tanggal 20, Mei 2025 Asam urat klien 7,6 mg/dl.
5. Pada tgl 21, Mei 2025 gula darah klien 219 mg/dl sesudah makan
6. Pada tgl 22, Mei 2025 gula darah klien 180 mg/dl sebelum makan
7. Pada tgl 23, Mei 2025 gula darah klien 239 mg/dl sesudah makan
8. Pada tgl 24, Mei 2025 gula darah klien 228 mg/dl sesudah makan
9. Klien mengatakan selalu merasa haus, sering bak.
10. Klien mengatakan sudah oprasi katarak 7 th yang lalu.



26, Mei 2025

(Jelita Bintang Styon Agrista)

4.2 Analisa Data

Tabel 4. 1 Analisa Data

Tgl/Jam	Data	Problem	Etiologi
20/5/2025	Data subjektif: 1. Pasien menguraikan sering lemas 2. Pasien menguraikan selalu haus 3. Pasien menguraikan bak dengan intens setiap hari 4. Pasien mengatakan saat makan harus minum dengan teh manis 5. Klien mengatakan kadar gula pernah sampai 298 mg/dl Data Obyektif: 1. Kondisi umum baik 2. Kesadaran composmentis 3. Pasien terlihat lemas 4. Kadar glukosa waktu pengkajian 208 mg/dl sesudah makan 5. Asam urat 7.6 mg/dl 6. Tanda tanda vital: a. Suhu: 36,6 C b. Td:120/85 mmHg c. Nadi: 87 x/mnt d. Respirasi:19x/mnt e. BB:50 kg f. TB:140 cm	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia)	Usia 67 th, riwayat penyakit gula ↓ Suka mengonsumsi minuman manis ↓ jarang kontrol ke pelayanan kesehatan ↓ sel β pada pankreas terganggu ↓ defisit insulin ↓ hiperglikemi ↓ tidak terkontrol ↓ ketidakstabilan kadar glukosa darah

	g. IMT:25,5 (berlebihnya BB)		
--	---------------------------------	--	--

20, Mei 2025



(Jelita Bintang Styon Agrista)

4.3 Daftar Diagnosis

Tabel 4. 2 Daftar Masalah

No	Tanggal	Diagnosis Keperawatan
1.	20, mei 2025 13.15	Ketidakstabilan kadar glukosa darah dibuktikan dengan kondisi diabetes melitus.

20, Mei 2025



(Jelita Bintang Styon Agrista)

4.4 Rencana Keperawatan

Tabel 4. 3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil (Luaran)	Intervensi
1.	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah D.0038 Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah d.d Diabetes Melitus	Kestabilan kadar glukosa darah L. 03022 sesuai pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 kali 8 jam, risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dalam darah berkurang, dengan parameter hasil sebagai berikut. 1. Lelah lesu menurun 2. Rasa haus berkurang 3. Jumlah urin membaik 4. Keluhan lapar menurun	Managemen hiperglikemia I. 03115 Observasi 1. Identifikasi kemungkinan pemicu hiperglikemia 2. Pantau kadar gula darah sesuai kebutuhan 3. Lakukan pengawasan terhadap intake dan output Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Hindarkan pasien dari latihan fisik saat glukosa darah tinggi (di atas 250 mg/dl) 2. Dorong pasien memonitor

			kadar glukosa darah sendiri di rumah 3. Sarankan konsistensi dalam mengikuti program diet dan olahraga
--	--	--	---

20, Mei 2025



(Jelita Bintang Styon Agrista)

4.5 Tindakan Keperawatan

Tabel 4. 4 Tindakan Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Respon	TTD
1.	20/5/2025 13.15	1. Mengidentifikasi kemungkinan pemicu hiperglikemia 2. mengobservasi glukosa darah sesuai kebutuhan 3. mengobservasi jumlah cairan yang	1. Klien suka minum teh manis dan sayur yang sudah di masak kemarin 2. GDA: 208 mg/dl sesudah makan 3. Klien mengatakan bak kurang lebih 12	

		dikonsumsi dan diekskresikan 4. Mendorong pasien untuk patuh terhadap rencana diet dan olahraga	dalam 1 hari (output) 4. Klien mengatakan olahraga 2x 1 minggu dan akan mengurangi minum the manis dan makan sayur kemarin	
2.	21/5/2025 12.20	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah jika perlu 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Menekankan konsistensi dalam mengikuti rencana makan dan olahraga	1. Klien mengurangi minum teh manis dan sayur yang sudah di masak kemarin 2. GDA: 219 mg/dl sesudah makan 3. Klien mengatakan pipis sudah berkurang sehari 7x (output) 4. Klien olahraga 2x 1 minggu minum teh tawar, dan tidak makan sayur yang sudah di masak kemarin.	

3.	22/5/2025 08.00	1. Mengidentifikasi kemungkinan pemicu hiperglikemia 2. memantau kadar gula darah jika dianggap perlu 3. Memantau asupan dan pengeluaran cairan tubuh 4. Mendorong kepatuhan terhadap aturan makan dan rutinitas latihan fisik	1. Klien sudah tidak minum teh manis dan sayur yang sudah di masak kemarin 2. GDA: 180 sebelum makan 3. Klien mengatakan pipis sudah berkurang sehari 5x 4. Klien olahraga 2x 1 minggu, dan minum teh tawar, dan tidak makan sayur yang sudah di masak kemarin.	
4.	23/5/2025 12.00	1. Mengkaji kemungkinan faktor penyebab lonjakan gula darah 2. Memantau kadar gula darah sesuai kebutuhan	1. Klien sudah tidak minum teh manis dan sayur yang sudah di masak kemarin 2. GDA: 239 sesudah makan	

		3. Memantau asupan dan eliminasi cairan 4. Menyarankan pasien untuk disiplin menjalani pola makan dan aktivitas fisik	3. Klien mengatakan bak sudah berkurang sehari 5x (output) 4. Klien olahraga 2x 1 minggu, dan minum teh tawar, dan tidak makan sayur yang sudah di masak kemarin.	
5.	24/5/2025 11.30	1. Mengkaji potensi penyebab terjadinya hiperglikemia 2. Memantau kadar gula darah sesuai kebutuhan 3. Mengawasi keseimbangan cairan masuk dan keluar tubuh 4. Menekankan pentingnya disiplin dalam diet dan	1. Klien sudah tidak minum teh manis dan sayur yang sudah di masak kemarin 2. GDA: 228mg/dl sesudah makan 3. Klien mengatakan bak sudah berkurang sehari 5x (output) 4. Klien olahraga 2x 1 minggu, dan minum teh tawar, dan tidak makan sayur	<i>Jun</i>

		kegiatan olahraga	yang sudah di masak kemarin.	
--	--	-------------------	------------------------------	--



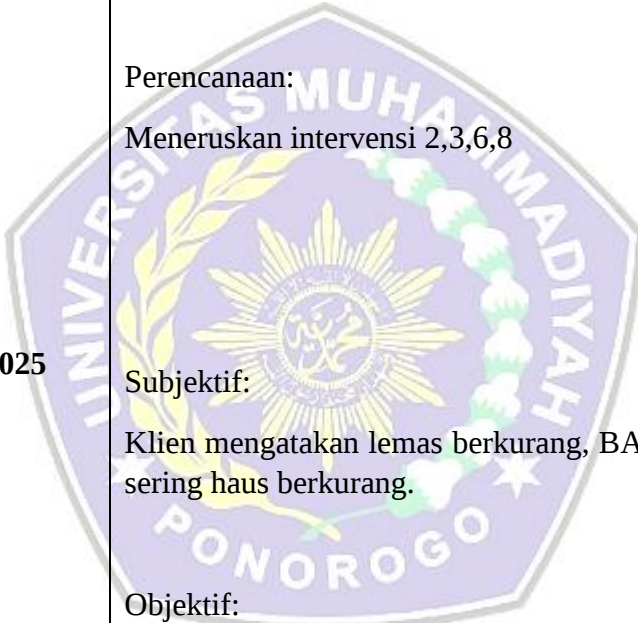
4.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan

NO	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	TTD
1.	20/5/2025 13.15	Subjektif: klien mengatakan sering lemas, sering BAK, sering haus Objektif: 1. Klien tampak lelah lemas 2. Klien sering merasa haus 3. Klien sering bak 4. Keluhan lapar menurun 5. Kondisi umum baik 6. Kesadaran composmentis 7. Klien tampak lemas 8. Kadar glukosa 208 mg/dl sesudah makan 9. Asam urat 7.6 mg/dl 10. Tanda tanda vital: Suhu: 36,6 C Td: 120/85 mmHg Nadi: 87 x/mnt Respirasi: 19 x/mnt Analisis: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah Perencanaan: lanjutkan intervensi 2,3,6,8	

2.	21/5/2025 12.20	Subjektif: Klien mengatakan lemas berkurang, BAK berkurang, sering haus berkurang. Objektif: 1. Klien masih tampak lemas lesu tapi sudah sedikit segar 2. Jumlah urin klien sudah menurun 3. Kondisi umum baik 4. Kesadaran composmentis 5. Kadar glukosa 219 mg/dl sesudah makan 6. Tanda tanda vital: Suhu: 36C Td: 120/80 mmHg Nadi: 80 x/mnt Respirasi: 20 x/mnt Analisis: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah Perencanaan : lanjutkan intervensi 2,3,6,8	
3.	22/5/2025 08.00	Subjektif: Klien mengatakan lemas berkurang, BAK berkurang, sering haus berkurang. Objektif: 1. Klien tampak sudah tidak lesu dan lemas	

4.	23/5/2025 12.00	2. Rasa haus klien sudah terlihat berkurang saat malam hari 3. Klien sudah jarang ke kamar mandi untuk BAK 4. Kondisi umum baik 5. Kesadaran composmentis 6. Kadar glukosa 180 mg/dl sebelum makan makan 7. Tanda tanda vital: Suhu: 36C Td: 110/80 mmHg Nadi: 80 x/mnt Respirasi: 20 x/mnt Aanalisis: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah Perencanaan: Meneruskan intervensi 2,3,6,8 Subjektif: Klien mengatakan lemas berkurang, BAK berkurang, sering haus berkurang. Objektif: 1. Pasien tampak sudah tidak lemas atau lesu 2. Pasien tampak sudah tidak sering minum pada malam hari 3. Klien sudah jarang ke kamar mandi untuk BAK 4. Kondisi umum baik 5. Kesadaran composmentis	 
----	--------------------	---	---

5.	24/5/2025 12.00	6. Kadar glukosa 239 mg/dl sesudah makan 7. Tanda tanda vital: Suhu: 36,5C Td: 110/85 mmHg Nadi: 80 x/mnt Respirasi: 20 x/mnt Analisis: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah Perencanaan: Meneruskan intervensi 2,3,6,8 Subjektif: Klien mengatakan lemas berkurang, BAK berkurang, sering haus berkurang. Objektif: 1. Klien tampak sudah tidak lemas 2. Klien tampak jarang ke kamar mandi untuk BAK 3. Klien tampak sudah tidak merasa haus saat malam hari 4. Kondisi keseluruhan baik 5. Kesadaran composmentis 6. Kadar glukosa 228 mg/dl sesudah makan 7. Tanda tanda vital: Suhu: 36,5C Td: 110/80 mmHg	
----	--------------------	--	---

		Nadi: 80 x/mnt Respirasi: 20 x/mnt Analisis: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah Perencanaan: lanjutkan intervensi 2,3,6,8	
--	--	---	--



BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini merupakan bagian pembahasan makalah ilmiah dan menyajikan analisis data oleh peneliti. Artikel ilmiah ini berfungsi sebagai sumber daya untuk menyelesaikan permasalahan terkait penelitian. Bab ini akan mengklarifikasi temuan dari metode penelitian dan hasil analisis data terkait dengan teori-teori terkini. Pembahasan ini mencakup analisis, perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian.

5.1 Pengkajian

Informasi mengenai kondisi klien dikumpulkan dan dianalisis secara sistematis sebagai bagian dari proses asesmen. Pengumpulan data, kategorisasi, validasi, dan perumusan masalah merupakan langkah awal dalam proses asesmen. Karena evaluasi yang tepat memungkinkan formulasi diagnosis yang andal, asesmen menjadi landasan asuhan keperawatan bagi pasien. Fase-fase selanjutnya dalam proses perawatan akan berkaitan langsung dengan dan sangat dipengaruhi oleh evaluasi perawat ini. Oleh karena itu, melengkapi data awal melalui evaluasi perawat sangatlah penting. Dalam (Dewi, 2015)

Berdasarkan hasil evaluasi Ibu S per 20 Mei 2025, klien tersebut berusia 67 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan dianggap lanjut usia. Kadar glukosa klien adalah 208 mg/dl, yang mengindikasikan hiperglikemia. Klien melaporkan sering merasa lelah, haus sepanjang waktu, dan buang air kecil sekitar 12 kali sehari selama pemeriksaan. klien mengatakan suka minum teh manis dan makan sayur yang sudah di masak kemarin. Fakta tersebut berhubungan dengan teori

Syokumawena, Devi Mediarti, Dea Agustina, dan peneliti yang dilakukan oleh Ariqoh dkk (2022). Penyebab hiperglikemia antara lain adalah pola makan yang tidak seimbang, yang dapat memicu ketidakaturan kadar gula darah. Pasien merasa lapar, sering haus, sering bak, dan merasa lemas. (Syokumawena et al., 2024)

Menurut Informasi yang diperoleh peneliti bersumber dari kondisi nyata dan literatur yang telah dijelaskan sebelumnya. Temuan yang diperoleh peneliti berkaitan dengan fakta bahwa klien dengan usia 67 tahun dengan kondisi klien obesitas, mengalami kadar glukosa naik. Klien juga suka minum teh manis, suka makan sayur yang di masak kemarin sehingga memicu kenaikan kadar glukosa dan teori ini berhubungan dengan teori oleh (Syokumawena et al., 2024)

Pada pengkajian status fisiologis ditunjukkan bahwa klien saat dicek gula darahnya terjadi perubahan kadar glukosa yang tidak konsisten dalam batas normal, mencerminkan manifestasi dari risiko ketidakseimbangan glukosa darah. yang dibuktikan pada (SDKI, 2017). Pada pola nutrisi dengan frekuensi makan dibuktikan klien makan 3 kali sehari, dan suka makan yang di masak kemarin sore. Pada masalah kesehatan kronis skor = 34 masalah kronis sedang.

Variasi kadar glukosa darah yang berada di luar rentang normal disebut sebagai risiko ketidakstabilan dan dapat menyebabkan hipoglikemia atau hiperglikemia (Tim Poikja SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan hasil evaluasi, Ibu S mengalami ketidakstabilan akibat variasi kadar gula darahnya. Selain itu, individu tersebut menunjukkan tanda-tanda obesitas. Karena penuaan dapat mengakibatkan

kurangnya pemahaman tentang perilaku hidup yang baik, skenario ini sering terlihat pada lansia.

Uraian peneliti, Penjelasan penulis tentang gagasan ini berkaitan dengan temuan peneliti. Temuan serupa juga ditemukan dalam kasus lain saat mengevaluasi Ny. S, di mana hasil penilaian menunjukkan bahwa klien obesitas memiliki kadar glukosa yang tidak stabil karena fluktuasi yang tidak menentu. Ada kemungkinan hiperglikemia atau hipoglikemia pada penyakit ini. Keluhan yang diungkapkan klien sejalan dengan hipotesis yang diterima. Menetapkan metode yang tepercaya dan efisien sangat penting selama evaluasi karena, seperti yang diamati peneliti, klien cukup kooperatif meskipun sudah lanjut usia, sehingga memudahkan pengumpulan data. Dengan bantuan dosen pembimbing dan petugas fasilitas perawatan, informasi dan statistik yang lebih akurat dapat dikumpulkan.

Uraian penulis yang mencakup keluhan yang diajukan, perasaan yang dirasakan, alasan mengapa keluhan tersebut terjadi, dan fokus pemeriksaan GDA, sejalan dengan teori yang diterima.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan kajian yang telah di laksanakan penulis pada klien Ny S penulis memperoleh beberapa data bahwa klien mengatakan sering lemas, suka minum teh manis, sering BAK dan berhubungan dengan kadar glukosa saat di cek naik turun, Uraian SDKI (SDKI, 2017). Variasi glukosa darah yang berada di luar kisaran normal dan terutama menyebabkan hiperglikemia disebut sebagai risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Hal ini terjadi ketika kadar yang diuji tetap di

atas 200 meskipun telah menurun. Diabetes Melitus ditandai dengan fluktuasi kadar glukosa darah

5.3 Intervensi

Intervensi keperawatan yang akan dipraktikkan meliputi pengelolaan hiperglikemia, sebagaimana ditentukan oleh informasi yang dikumpulkan selama evaluasi dan setelah diagnosis keperawatan tentang risiko kadar glukosa darah yang tidak stabil. Intervensi yang dilakukan yaitu diet gula pada penderita DM dan intervensi yang diberikan yaitu manajemen hiperglikemia pada NY. S meliputi:

observasi 1. Tentukan kemungkinan alasan hiperglikemia; 2. Periksa kadar gula darah sesuai kebutuhan; dan 3. Perhatikan asupan dan keluaran. Perawatan medis 1. Berikan orang cairan oral. Sekolah 1. Ketika kadar gula darah di atas 250 mg/dl, anjurkan untuk tidak berolahraga. 2. Dorong pemeriksaan kadar glukosa darah sendiri, 3. Dorong kepatuhan diet dan olahraga. Sementara itu, intervensi berikut tidak dilakukan: pemberitahuan 1. Tentukan keadaan mana (seperti penyakit berulang) yang meningkatkan kebutuhan insulin. 2. Lacak tekanan darah, elektrolit, keton urin, analisis gas darah, perubahan ortostatik, dan frekuensi nadi.

Penyembuhan 1. Cari nasihat medis jika gejala hiperglikemia memburuk atau berlanjut. 2. Jika hipotensi ortostatik hadir, bantu berjalan. Pembelajaran 1. Jika diperlukan, jelaskan signifikansi dan indikasi pengujian keton urin. 2. Berikan instruksi perawatan diabetes, termasuk cara pemberian insulin, minum obat oral, memeriksa asupan cairan, mengganti karbohidrat, dan mencari bantuan medis ahli. Kerjasama: 1. Jika diperlukan, bekerja sama untuk menyediakan insulin; 2. Jika

diperlukan, bekerja sama untuk memberikan cairan IV; dan 3. Jika diperlukan, bekerja sama untuk memberikan kalium. Peneliti melakukan cek gula darah selama 3 hari dan memberikan edukasi mengatur pola makan dan hidup sehat mengurangi minum manis, makanan lemak dan karbohidrat yang berlebihan dan olahraga rutin.

5.4 Implementasi

Perencanaan yang pertama dilakukan pada Ny. S merupakan memonitor kadar glukosa darah pada tujuan klien dapat mengetahui kadar glukosa darah dan edukasi utama mengajarkan pengelolaan hiperglikemia menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, cara mengatasi. Tindakan keperawatan diimplementasikan selama tiga hari dalam rentang waktu antara 20 hingga 24 Mei 2025.

Implementasi pertama dilakukan pada 20 Mei antara lain: 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Respon klien suka minum teh manis dan sayur yang sudah dimasak kemarin, 2. memonitor kadar glukosa darah, jika perlu Respon GDA: 208 mg/dl 3. Memonitor intake output Respon klien mengatakan BAK kurang lebih 12 kali sehari 4. Menganjurkan patuh terhadap diet dan olahraga Respon klien mengatakan olahraga 2x seminggu dan akan mengurangi gula.

Implementasi pada tanggal 21, Mei 2025 implementasi ke 2 antara lain: 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Respon klien suka minum teh manis dan sayur yang sudah dimasak kemarin 2. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu Respon GDA: 219 mg/dl 3. Memonitor intake output Respon Klien mengatakan BAK kurang lebih 7 kali sehari. 4. Menganjurkan patuh terhadap diet dan olahraga Respon klien mengatakan olahraga 2x seminggu dan akan

mengurangi gula. Di sini terlihat frekuensi BAK klien sudah berkurang dan klien patuh diet meski gula darahnya masih tinggi.

Implementasi pada tanggal 22, Mei 2025 implementasi ke 3 antara lain: 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Respon klien suka minum teh manis dan sayur yang sudah dimasak kemarin 2. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu Respon GDA: 180 mg/dl 3. Memonitor intake output Respon Klien mengatakan BAK kurang lebih 5 kali sehari. 4. Menganjurkan patuh terhadap diet dan olahraga Respon klien mengatakan olahraga 2x seminggu dan akan mengurangi gula. Di hari ke 3 ini cek GDA sudah turun dari pada hari sebelumnya dan klien masih patuh untuk tidak minum yang manis manis, dan BAK sudah normal.

Pada tanggal 23, Mei 2025 implentasi ke 4 antara lain: 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Respon Klien mengurangi minum teh manis dan sayur yang sudah di masak kemarin 2. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu Respon cek GDA: 239 mg/dl sesudah makan 3. Memonitor intake dan output cairan Respon Klien mengatakan pipis sudah berkurang sehari 5x 4. Respon klien: melakukan olahraga dua kali dalam seminggu dan mengonsumsi teh tanpa gula, dan tidak makan sayur yang sudah di masak kemarin. Di hari ke 4 ini GDA klien naik lagi dan belum minta obat di klinik.

Dan pada tanggal 24, Mei 2025 hari ke 5: 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Respon Klien sudah tidak minum teh manis dan makan sayur yang sudah di masak kemarin 2. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu

Respon cek GDA: 228 sesudah makan 3. Memonitor intake dan output cairan
Respon Klien mengatakan pipis sudah berkurang sehari 7x 4. Mendorong klien untuk disiplin dalam mengikuti pola makan dan rutinitas olahraga Respon Klien olahraga 2x 1 minggu minum teh tawar, dan tidak makan sayur yang sudah di masak kemarin. Di hari ke 5 pasien GDA masih tinggi 228 sesudah makan, dan pasien tetap tidak mau minta obat di klinik, diet tetap di lakukan.

5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses berkelanjutan yang digunakan untuk menilai efektivitas rencana keperawatan dan membuat keputusan tentang kelanjutan, revisi, atau penghentiannya. Tujuan dari tinjauan ini adalah menilai perkembangan kesehatan pasien dan menentukan apakah tujuan dasar telah tercapai. Hal ini menunjukkan bahwa perawat menanyakan tentang kondisi mental pasien selama terapi sebagai bagian dari evaluasi, dan pertanyaan ini telah mendapatkan umpan balik yang sangat baik. Oleh karena itu, hal ini perlu dipertahankan. Selain itu, rendahnya tingkat respons terhadap pernyataan bahwa kesehatan pasien telah membaik sebagai hasil dari perawatan keperawatan memberikan dasar bagi perawat untuk melakukan evaluasi. Dalam (Karina & Ginting, 2020)

Dimulai pada tanggal 20 Mei 2025 dan berakhir pada tanggal 24 Mei 2025, dilakukan asesmen implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien. Klien melaporkan kelemahan yang teratur, sering buang air kecil, dan rasa haus yang berkepanjangan, berdasarkan hasil anamnesis dan evaluasi hari pertama pada

tanggal 20 Mei 2025. Setelah makan, kadar glukosa diperiksa dan hasilnya 208 mg/dl. Berikut adalah tanda-tanda vital: Dengan berat badan 50 kg dan tinggi badan 140 cm, IMT 25,5 menunjukkan kelebihan berat badan. Suhu 36,6 °C, tekanan darahnya 120/85 mmHg, denyut nadinya 87 kali per menit, dan laju pernapasannya 19 kali per menit. Intervensi seperti mengidentifikasi penyebab potensial hiperglikemia, memantau kadar glukosa darah, melacak asupan dan keluaran, memberikan asupan cairan oral, menyarankan untuk tidak berolahraga ketika kadar gula darah melebihi 250 mg/dl, mendorong pemantauan kadar glukosa darah sendiri, dan mendorong kepatuhan terhadap diet dan olahraga harus terus dilakukan karena klien berisiko mengalami kadar glukosa darah yang tidak stabil.

Evaluasi hari ke dua di lakukan pada tanggal 21, Mei 2025 anamnesa di dapatkan bahwa klien mengatakan sering lemas, sering BAK, sering haus. Saat di cek kadar glukosa mendapat hasil 219 mg/dl sesudah makan, Tanda tanda vital: Suhu: 36C, Td: 120/80 mmHg, Nadi: 80 x/mnt, Respirasi: 20 x/mnt BB 50kg dengan TB 140 cm dengan hitung IMT 25,5 yang menunjukkan kelebihan berat badan. Karena pasien berisiko mengalami kadar glukosa darah yang tidak stabil, terapi harus dilanjutkan. Pantau asupan dan keluaran, pantau kadar glukosa darah, dan identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. Dorong pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri, berikan asupan cairan oral, batasi aktivitas fisik saat kadar gula darah di atas 250 mg/dl, dan tingkatkan kepatuhan diet dan olahraga.

Evaluasi hari ke tiga dilakukan pada tanggal 22, Mei 2025 anamnesa di dapatkan bahwa klien mengatakan sering lemas, sering BAK, sering haus. Saat di cek kadar glukosa mendapat hasil 180 mg/dl sebelum makan, Indikator vital: 36°C,

tekanan darah 110/80 mmHg, denyut nadi 80 kali per menit, dan pernapasan 20 kali per menit. Berat badan 50 kg, tinggi badan 140 cm, dan IMT 25,5, yang menunjukkan kelebihan berat badan. Intervensi harus dilanjutkan karena klien berisiko mengalami kadar gula darah yang tidak stabil. Tentukan kemungkinan penyebab hiperglikemia, pantau kadar gula darah, catat asupan dan haluaran, berikan cairan oral, batasi aktivitas jika kadar gula darah di atas 250 mg/dl, dorong pemantauan kadar gula darah mandiri, dan tingkatkan kepatuhan diet dan olahraga.

Hasil evaluasi hari empat pada tanggal 23, Mei 2025 dan anamnesa di dapatkan bahwa klien mengatakan lemas menurun, BAK sudah membaik, sering haus sedikit hilang. Saat di cek kadar glukosa mendapat hasil 239 mg/dl sesudah makan, Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 110/80 mmHg, suhu: 36°C, denyut nadi: 80 kali per menit, dan laju pernapasan: 20 kali per menit. Tinggi badan: 140 cm, berat badan: 50 kg, dan IMT 25,5, yang menunjukkan kelebihan berat badan. Karena pasien rentan terhadap gula darah yang tidak stabil, intervensi harus dilakukan. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, pantau asupan dan haluaran, pantau kadar glukosa darah, berikan cairan oral, batasi aktivitas saat kadar gula darah di atas 250 mg/dl, dorong pemantauan kadar glukosa darah mandiri, dan tingkatkan kepatuhan diet dan olahraga.

Hasil evaluasi hari ke lima pada tanggal 24 Mei 2025 dan anamnesa di dapatkan bahwa klien mengatakan lemas berkurang, sering BAK, sering haus. Saat di cek kadar glukosa mendapat hasil 228 mg/dl sesudah makan, Indikator vital: Tekanan darah: 110/80 mmHg, suhu: 36,5°C, denyut nadi: 85 kali per menit, 20 kali per menit, berat badan 50 kg, tinggi badan 140 cm, dan IMT 25,5, yang menunjukkan

kelebihan berat badan. Intervensi harus dilanjutkan karena klien rentan terhadap kadar gula darah yang tidak stabil. Tentukan kemungkinan penyebab hiperglikemia, pantau kadar gula darah, catat asupan dan haluaran, berikan cairan oral, cegah aktivitas jika kadar gula darah di atas 250 mg/dl, dorong pemantauan kadar gula darah mandiri, dan tingkatkan kepatuhan diet dan olahraga.

Untuk menjamin kadar glukosa darah yang stabil, para peneliti telah mengambil langkah-langkah seperti menggunakan glukometer untuk melakukan tes glukosa darah, mendidik masyarakat untuk menjalani hidup sehat dan membatasi konsumsi makanan tinggi lemak dan karbohidrat, serta mempromosikan olahraga teratur.



BAB 6

PENUTUP

Pada bab ini, penulis menguraikan kesimpulan serta memberikan saran yang diperoleh dari hasil penelitian berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Gangguan Nutrisi dan Cairan Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikema) di UPT PSTW Magetan”.

6.1 Kesimpulan

Mengacu pada hasil analisis studi kasus “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Nutrisi dan Cairan Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikema) di UPT PSTW Magetan” maka diambil kesimpulan yang meliputi:

- a. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan dan di dapatkan data bahwa di wisma selama 6 tahun terakhir Ny. S memiliki keluhan sering bak, sering merasa haus, sering lemas, saat di cek GDA klien menunjukkan tidak setabil. Hal ini menyebabkan terjadinya resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Saat pengecekan GDA hari pertama yaitu 208 mg/dl
- b. Diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas yaitu risiko ketidakstabilan kadar gula darah, didukung oleh adanya penyakit diabetes melitus
- c. Intervensi keperawatan yaitu manajemen hiperglikema. Dilakukan pemeriksaan gula darah dengan glukometer guna menilai apakah kadar glukosa tetap berada dalam rentang normal atau mengalami ketidakseimbangan. Pemberian edukasi seperti diet gula seperti mengurangi

minum yang manis, mengajarkan pengelolaan hiperglikemia dengan menjelaskan tentang hiperglikemia, meliputi tanda, gejala dan cara mengatasinya. Dan mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hiperglikemia yaitu dengan cara menjelaskan pada klien untuk mengurangi minum teh manis dan mengurangi makan sayuran yang sudah kemarin. Dan makan mannan yang sudah di sediakan sesuai menu hari itu yang dimasakkan di UPT PSTW Magetan.

- d. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tgl 20 mei, 23 mei dan 24 mei 2025. Implementasi yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan gula darah dengan alat glukometer bertujuan menilai apakah kadar glukosa dalam batas normal atau tidak. Pemberian edukasi layaknya diet gula seperti mengurangi minum yang manis, mengajarkan pengelolaan hiperglikemia dengan menjelaskan tentang hiperglikemia, meliputi tanda, gejala dan cara mengatasinya. Dan mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hiperglikemia yaitu dengan cara menjelaskan pada klien untuk mengurangi minum teh manis dan mengurangi makan sayuran yang sudah kemarin. Dan makan mannan yang sudah di sediakan sesuai menu hari itu yang dimasakkan di UPT PSTW Magetan. Pemberian asuhan keperawatan kepada klien binaan tersebut bertujuan agar glukosa darah stabil.
- e. Masalah keperawatan berupa risiko ketidakstabilan kadar gula darah dievaluasi pada tanggal 24 Mei 2025.. Hasil evaluasi yang didapat peneliti ialah klien mampu menjelaskan kembali pertanyaan yang diberikan peneliti

mengenai tanda, gejala dan cara mengatasi hiperglikemia. Pada hari ke 3 hasil GDA yaitu 228 mg/dl.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi

Untuk memungkinkan mahasiswa memberikan perawatan keperawatan bagi klien yang berisiko mengalami ketidakstabilan glukosa darah, terutama selama rotasi geriatri, diharapkan lembaga pendidikan dapat meningkatkan pemahaman mahasiswa tentang bahaya yang terkait dengan ketidakstabilan glukosa darah.

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan dan Sosial

Terkait dengan permasalahan ketidakstabilan kadar gula darah, diharapkan Dinas Kesehatan dan Pelayanan Sosial dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan hasil penelitian ilmiah ini sebagai masukan.

6.2.3 Bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Magetan

Temuan studi kasus ini dapat digunakan sebagai panduan bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Magetan dalam merencanakan pemeriksaan gula darah rutin bagi warga lanjut usia, terutama bagi mereka yang memiliki kekhawatiran terkait kemungkinan kadar gula darah yang tidak stabil.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti masa depan akan menggunakan studi ilmiah ini sebagai panduan saat mereka menerbitkan artikel ilmiah tentang bahaya ketidakstabilan glukosa darah pada pasien lanjut usia yang menerima berbagai perawatan.

6.2.5 Bagi Klien

Bagi Klien diharapkan bisa terus mengatur pola makan agar kadar glukosa tetap stabil, rutin kontrol rutin ke poli UPT PSTW untuk mengecek GDA klien, dan menjaga kesehatan di masa tua.



DAFTAR PUSTAKA

- Caskia, H., Repelita, T., Indriani Khaesa, & Ramadhani, R. S. (2024). Pentingnya etika penulisan dalam karya ilmiah : panduan dan implementasinya. *Jurnal Pemasaran Bisnis*, 6(2), 134–148.
- Dewi, E. U. (2015). Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terkendalnya Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Puskesmas Pakis Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 4(2). <https://doi.org/10.47560/kep.v4i2.143>
- Dewi, E. U. (2015). Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terkendalnya Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Puskesmas Pakis Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 4(2). <https://doi.org/10.47560/kep.v4i2.143>
- Fauziyah, N. A., Pebrianti, S., Pratiwi, S. H., Jl, A., Bandung, R., Km, S., Jatinangor, K., & Sumedang, K. (2024). *Manajemen Cairan Pada Pasien Ketoasidosis Diabetik DM Tipe 2 Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah*. 3, 0–9.
- HERYANTO, H. (2023). *PENERAPAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA PASIEN Tn. Y DENGAN DIABETES MELITUS (DM) TIPE II DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO KARYA TULIS ILMIAH*. Dm.
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). *LAPORAN DATA DIABETES TAHUN 2000-2045*. IDF.
- Lansia, D. (2023). *Manusia yang melawat proses tu mbu h ke mbang maka*. 8–49.
- Luhung, M., & Anugrahati, W. W. (2020). Analisis manajemen aging process problem dengan pendekatan model preceed procede. *Jurnal Keperawatan Malang*, 5(1), 31–37.
- Muharry, A. (2015). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas. Obesitas Sentral Dan Kadar Kolesterol Darah Total*, 11(1), 87–95.
- Mulyadi, M. (2022). Efektivitas Penyuluhan Kesehatan Dalam Peningkatan Kesadaran Kesehatan Lingkungan Pada Wilayah Kerja PUSTU Tanjung Dalam Kecamatan Pondok Kubang. *Jurnal STIA Bengkulu : Committe to Administration for Education Quality*, 8(1), 8–14. <https://doi.org/10.56135/jsb.v8i1.15>
- Nurfatimah, R., Sri, M. R. 'i S., & Jubaedah, Y. (2017). Perancangan Program Pendampingan Lanjut Usia Berbasis Home Care Di Posbindu Kelurahan Geger Kalong. *FamilyEdu, III*(Vol 3, No 2 (2017)).

- Nusantara, A. F., Hartono, D., & Salam, A. Y. (2023). Instabilitas Kadar Glukosa Darah Terhadap Komplikasi Kardiovaskular Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 9(1), 76–80. <https://doi.org/10.32660/jpk.v9i1.653>
- Pokhrel, S. (2024). No TitleEΛENH. In *Αγαν* (Vol. 15, Issue 1).
- Renaldi, H. A., Susanto, A., & Burhan, A. (2022). Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah Pada Pasien Tn. D Dengan Diabetes Melitus Tipe Ii Di Rsi Banjarnegara. *Journal Inovasi Penelitian*, 3(6), 6787–6792.
- Rika Widianita, D. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (Studi Kasus Di Panti Sosial Tresna Werdha Magetan). *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam*, VIII(I), 1–19.
- Sartika, F., & Hestiani``, N. (2019). Kadar HbA1c pada Pasien Wanita Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rsud Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. *Borneo Journal of Medical Laboratory Technology*, 2(1), 97–100. <https://doi.org/10.33084/bjmlt.v2i1.1086>
- [Syokumawena, Mediarti, D., & Agustini Dea. \(2024\). Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. Jurnal Aisyiyah Medika, 9\(1\), 68–82. https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/JAM/article/view/1163/885](https://doi.org/10.33084/bjmlt.v2i1.1086)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Vol. III* (1st ed.). DPP,PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Vol. II* (1st ed.). DPP,PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Vol. II* (1st ed.). DPP,PPNI.
- Widianita, D. (2023). KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI SAMARINDA. *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam*, VIII(I), 1–19.
- Wulandari, N., Khasanah, S., & Siwi, A. S. (2024). Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada NY. W dengan Diabetes Mellitus

Tipe II. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 4(1), 178–186.
<https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i1.12413>



Lampiran 1 penjelasan untuk mengikuti studi kasus

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi/ jurusan/ program studi Diploma III Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Nutrisi dan Cairan Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikema).
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan pada lansia dengan nutrisi dan cairan dengan masalah keperawatan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikema) dengan masalah keperawatan yang dapat memberi manfaat berupa meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dapat memberi manfaat berupa meningkatkan asuhan keperawatan. Studi kasus ini akan berlangsung selama 10 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan keperawatan/ pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.

96

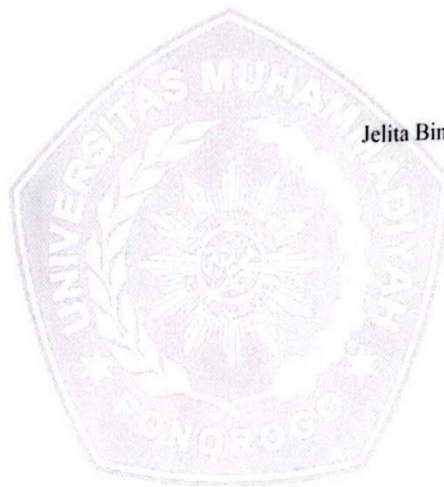
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini silahkan menghubungi peneliti pada nomor HP: 085706631723

Peneliti



Jelita Bintang Styon Agrista

22613581



Lampiran 2 informed constend

INFORMED CONSTEND

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Magetan dengan judul Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Nutrisi dan Cairan Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanda sanksi apapun.

22, April 2025

Saksi



Yang memberi persetujuan



Dindin Setyandini A.Md.Kep

Peneliti



Jelita Bintang Styon Agrista

226135981

Lampiran 2 Surat Pengambilan Data Awal



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
 Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id website :
www.umpo.ac.id
 Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B
 (SK Nomor 77/SK/BAN-PT-PPJ/PT/IV/2020)

Nomor : 582/TV.6/PN/2024

Ponorogo, 11 September 2024

Hal : Permohonan Ijin Data Awal

Kepada :
 Yth. Kepala UPT PSTW Magetan
 Di-
 tempat

Assalamu'alaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2024/2025, maka mahasiswa/mahasiswi diwajibkan untuk menyusun KTI yang mengambil Data Awal lingkup Keperawatan, maka dengan ini kami mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan kemudahan dalam melaksanakan izin pengambilan data awal untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud. Adapun nama mahasiswa / mahasiswi sebagai berikut :

Nama : Jelita Bintang Styon Agrista
 NIM : 22613581
 Prodi : D3 Keperawatan
 Data yang diperlukan : Data Lansia dengan Gangguan Nutrisi dan Cairan dengan Masalah Keperawatan Risiko Ketidak Stabilan Kadar Glukosa Darah

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum wr. wr.



Dekan,
 Sulisty Andarmoyo, S. Kep, Ns., M. Kes., Ph.D
 NRP 19791215 200302 12

Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

EDUKASI DIET



Oleh:

JELITA BINTANG STYON ASRISTA

22613581

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2024

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

EDUKASI DIET DM

Masalah : Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes.

Pokok bahasan : EDUKASI DIET DM

Waktu : 30 menit

Metode : Ceramah dan tanya jawab

Media : Lamflet

Sasaran :

A. Tujuan intruksional umum

Setelah mengikuti penyuluhan seama 30 menit, keluarga dan pasien dapat mengerti dan mengikuti cara melaksanakan diet

B. Tujuan intruksional khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, keluarga dan pasien mampu:

- b. Menjelaskan pengertian diet
- c. Menjelaskan manfaat diet
- d. Melakukan diet

C. Kegiatan

No	Tahapan	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan audiens	waktu
1.	Pembukaan	- Mengucap salam - Menjelaskan tujuan penyuluhan	- Menjawab salam - memperhatikan	2 menit
2.	Penyajian	- definisi diet - Tujuan melatik diet - Melatih diet	- Memperhatikan - Mengikuti cara diet yang di ajarkan	20 menit
3.	Penutup	- Memberikan kesempatan kepada keluarga dan pasien untuk mengajukan pertanyaan - Menjawab pertanyaan - Melakukan evaluasi tentang materi yang di sampaikan - Salam penutup	- mengajukan pertanyaan - memperhatikan - menjawab prtanyaan - menjawab salam	8 menit

D. Evaluasi

Prosedur : akhdeir kegiatan

Waktu : 8 menit

Bentuk soal : tanya jawab

E. Materi penyuluhan

EDUKASI DIET DM**1. Definisi Diet DM**

Diet DM adalah pola makan yang dijaga secara teratur dan seimbang untuk membantu penderita diabetes melitus mengontrol kadar gula darah dan mencegah komplikasi.

2. Tujuan Diet DM

- a. Mengatur dan menjaga kadar gula darah mendekati normal,
- b. mencapai dan mempertahankan berat badan normal,
- c. mencegah terjadinya komplikasi,
- d. meningkatkan kualitas hidup.

3. Tata Cara Diet DM

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes yaitu makan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi. Pada penyandang diabetes perlu mematuhi 3J:

1. Jadwal makan
2. Jenis makanan
3. Jumlah makanan

JADWAL DIET DM 1900 KALORI

MAKAN PAGI	NASI 100gr Daging/penukar 40gr Tempe/penukar 25gr Sayuran 100gr
MAKAN SIANG	Nasi 140gr Daging/penukar 40gr Tempe/penukar 25gr Sayuran 150gr Buah 100gr
MAKAN MALAM	Nasi 140gr Daging/penukar 25gr Tempe/penukar 50gr Sayuran 100gr Buah 100gr
SNACK PAGI	Buah 1 porsi 200gr
SNACK SORE	Buah 1 porsi 200 gr

Sementara jenis makanan yang tidak dianjurkan sebagai berikut:

1. Bahan makanan yang mengandung kolestrol seperti jerohan, otak, dan daging berlemak.
2. Makanan siap saji, goreng-gorengan.
3. Gula, madu, sirup, selai, jeli, dodol, kue-kuean manis, buah yang diawetkan, minuman soda, alkohol, es krim.
4. Sumber natrium seperti garam dapur, penyedap makanan.
5. Ikan asin, telur asin, dan makanan yang di awetkan.



Lampiran 4 *leaflet*





PRODI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

EDUKASI DIET DAN OLAHRAGA

Di susun oleh:
Jelita Bintang Styon Agrista

Prinsip Diet Dan olahraga diabetes lansi

3) (jadwal, jenis, jumlah)

1. Jadwal: 6 kali (3 kali makan utama, 3 kali makan selingan) jarak 3 jam.
2. Jenis: selain nasi makanan yang dikonsumsi yaitu termasuk sayuran dan buah
3. Jumlah: 1/4 porsi piring untuk setiap kali makan

Apa Tujuan Dan Fungsi Mengatur Pola Makan Pada Penderita DM:

Tujuan: mengubah pola makan termasuk makanan diet sehat dengan sayur dan buah

Fungsi: meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencegah terjadinya komplikasi

Kapan Waktu Menerapkan Pola Makan Yang Baik

Setiap hari saat gula darah normal maupun tidak normal

senam Diabetik:

Merupakan kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh penderita diabetes melitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki

Tidur Cukup:

Pastikan Anda mendapatkan tidur yang cukup setiap malam. Kurang tidur dapat mempengaruhi nafsu makan dan metabolisme.

Rutin Pemeriksaan Berat Badan:

Menikmati makanan dengan perlahan memberikan sinyal kenyang lebih cepat, mencegah makan berlebihan.

Lampiran 5 Surat Pengambilan Data Awal



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
 Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id, website :
www.umpo.ac.id

Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B
 (SK Nomor 77/SK/BAN-PT-PPJ/PT/IV/2020)

Nomor : 582/IV.6/PN/2024

Ponorogo, 11 September 2024

Hal : Permohonan Ijin Data Awal

Kepada :

Yth. Kepala UPT PSTW Magetan

Di-

tempat

Assalamu'alaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2024/2025, maka mahasiswa/mahasiswi diwajibkan untuk menyusun KTI yang mengambil Data Awal lingkup Keperawatan, maka dengan ini kami mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan kemudahan dalam melaksanakan izin pengambilan data awal untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud. Adapun nama mahasiswa / mahasiswi sebagai berikut :

Nama : Jelita Bintang Styon Agrista

NIM : 22613581

Prodi : D3 Keperawatan

Data yang diperlukan : Data Lansia dengan Gangguan Nutrisi dan Cairan dengan Masalah Keperawatan Risiko Ketidak Stabilan Kadar Glukosa Darah

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum wr. wr.



Sulistyo Andarmoyo, S. Kep., Ns., M. Kes., Ph.D

NIR 19791215 200302 12

Lampiran 6 Surat Dinas Sosial



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS SOSIAL
 Jalan Gayung Kebonsari Nomor 56 B, Gayungan, Surabaya, Jawa Timur 60235
 Telepon (031) 8290794 / 8296515, Laman <http://dinsos.jatimprov.go.id>,
 Pos-el dinsosjatim56b@gmail.com

Surabaya, 23 Mei 2025

Nomor : 000.9/5897/107.1/2025
 Sifat : Terbuka
 Lampiran : -
 Hal : Permohonan Ijin Studi Kasus (Penelitian)

Kepada
 Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
 Universitas Muhammadiyah Ponorogo
 di
 Ponorogo

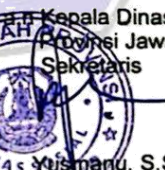
Sehubungan dengan surat Saudara tanggal 20 Mei 2025

Nomor: 202/IV.6/KM-PN/2025 Hal sebagaimana tersebut pada pokok surat, bersama ini disampaikan kepada:

No	Nama	NIM	Judul
1	Jelita Bintang Tyon A	22613581	Asuhan Keperawatan Lansia dengan Nutrisi dan Cairan dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Hiperglikemia

Untuk Melaksanakan Penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Magetan, mulai tanggal 23 Mei s.d 23 Juni 2025. Selanjutnya setelah selesai Penelitian dimaksud agar menyerahkan hasil akhir Penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar dan melaporkan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan melalui link <https://forms.gle/5KEhSNVqcJHqmyaE7>.

Atas perhatian Saudara disampaikan terimakasih.

Kepala Dinas Sosial
 Provinsi Jawa Timur,
 Sekretaris

 Yulmanu, S.S.T
 Pembina Tingkat I (IV/b)
 NIP 196808311992011001

Tembusan :
 Kepala UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
 Magetan

Lampiran 7 Surat Pendampingan



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia

Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id website : www.umpo.ac.id

Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B

(SK Nomor 77/SK/SK/BAN-PT/AK-PPJ/PT/IV/2020)

**FORM PENDAMPINGAN PENGAMBILAN STUDI KASUS
PRODI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UM PONOROGO**

Nama Mahasiswa : JELITA BINTANG SYON A.....
 NIM : 22613581.....
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA
 DENGAN GANGGUAN NUTRISI DAN
 CAIRAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
 RISIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH
 Tempat Pengambilan Kasus : UPT PSTW MAGEBAN.....
 Ruangan : URSMA PANDU.....

Kegiatan	Nama Dosen/ CI Yang mendampingi	Waktu (Hari/ Tanggal)	Tanda Tangan Dosen / CI
Pengkajian	bp. Sulisty Ardarmoyo, s.kep., ners M. kep. PhD.	Selasa, 20 Mei 2025	
Implementasi	Dindin Setyandini, A.Md. kep	Jum'at, 23 Mei 2025	
Evaluasi	Ibu. Siti Murnawati S.kep. Ners, M.kep	Sabtu, 24 Mei 2025.	

Noted :

1. Nama CI yang mendampingi mohon untuk bisa di tulis nama lengkap.
2. Jika kasus yang diambil berada di ruang yang beda dengan Ruang Dinas dari CI RS yang mendampingi, mohon mahasiswa dapat menuliskan nama ruangan di bawah nama dari CI tersebut.

Lampiran 8 pengkajian keseimbangan untuk lansia

PENGKAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA

(Tinneti ME & Ginter SF;1998)

Nama Klien : NY. S

Jenis Kelamin : P

Usia :67 TH

Register : -

III. Perubahan Posisi atau Gerakan Keseimbangan			
Bangun dari kursi	Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu	ya	tidak
Duduk ke kursi	Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ditengah kursi, berpegangan	ya	tidak
Menahan dorongan pada sternum sebanyak 3 kali	Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	ya	tidak
Mata tertutup	Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	ya	tidak
Perputaran leher	Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya, keluhan : vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil	ya	tidak
Gerakan menggapai sesuatu	Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara, berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan	ya	tidak
Membungkuk	Tidak mampu untuk membungkuk untuk mengambil obyek dari lantai, bisa berdiri dengan memegang obyek sekitar, memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun	ya	tidak
IV. Komponen Gaya Berjalan atau Gerakan			
Gaya berjalan	Ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan	ya	tidak
Ketinggian langkah kaki	Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi	ya	tidak
Kontinuitas langkah kaki	Tidak konsisten dalam mengangkat kaki, mengangkat satu kaki sementara kaki lain menyentuh lantai	ya	tidak

Kesimetrisan Langkah	Panjang langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang, masalah terjadi pada pinggul, lutut, gerakan kaki atau otot-otot sekitarnya	ya	tidak
Penyimpangan jalur	Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi	ya	tidak
Berbalik	Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang obyek untuk dukungan	ya	tidak

Skor 2 (resiko jatuh rendah)

Jawaban YA = nilai 1

Jawaban TIDAK = nilai 0

Interpretasi Hasil:

Skor 0-5 = Risiko jatuh rendah

Skor 6-10 = Risiko jatuh sedang

Skor 11-15 = Risiko jatuh tinggi



Lampiran 9 pengkajian masalah kesehatan kronis

PENGKAJIAN MASALAH
KESEHATAN KRONIS

No	Keluhan dalam 3 bulan terakhir	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
		3	2	1	0
	I. Fungsi Penglihatan				
1	Penglihatan Kabur	✓			
2	Mata Berair			✓	
3	Nyeri pada mata				✓
	J. Fungsi Pendengaran				
4	Pendengaran berkurang	✓			
5	Telinga berdenging			✓	
	K. Fungsi Paru (pernafasan)				
6	Batuk lama disertai keringat malam			✓	
7	Sesak nafas				✓
8	Berdahak/sputum		✓		
	L. Fungsi Jantung				
9	Jantung berdebar-debar	✓			
10	Cepat lelah		✓		
11	Nyeri dada			✓	
	M. Fungsi Pencernaan				
12	Mual/muntah			✓	
13	Nyeri ulu hati			✓	
14	Makan dan minum berlebihan		✓		
15	Perubahan BAB (mencret/sembelit)		✓		
	N. Fungsi Pergerakan				
16	Nyeri kaki saat berjalan	✓			
17	Nyeri pinggang atau tulang belakang			✓	
18	Nyeri persendian/bengkak		✓		
	O. Fungsi Persyarafan				
19	Lumpuh/kelemahan pada kaki/tangan				✓
20	Kehilangan rasa				✓

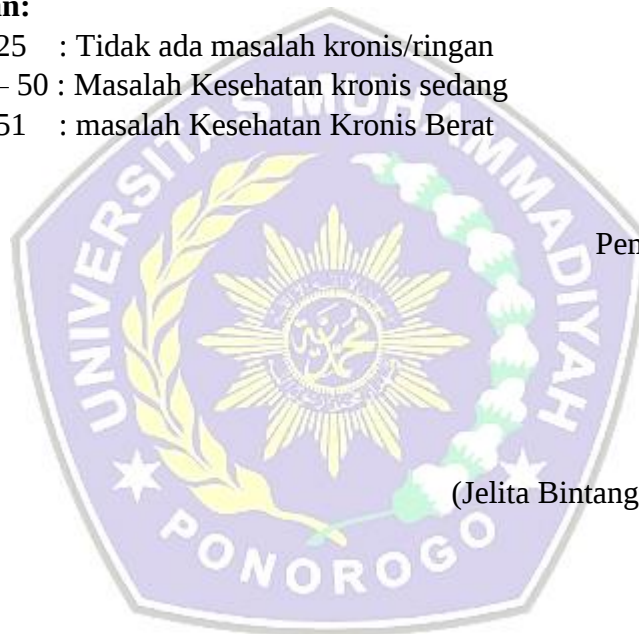
21	Gemetar/tremor			✓	
22	Nyeri/pegal pada daerah tengkuk				✓
	P. Fungsi Saluran Perkemihan				
23	BAK berlebihan				✓
24	Sering BAK malam hari	✓			
25	Tidak mampu mengontrol BAK			✓	
	Jumlah				34

Keterangan:

Skor = ≤ 25 : Tidak ada masalah kronis/ringan

Skor = 26 – 50 : Masalah Kesehatan kronis sedang

Skor = ≥ 51 : masalah Kesehatan Kronis Berat



20, Mei 2025
Pemeriksa,

(Jelita Bintang Styon Agrista)

Lampiran 10 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONER (SPMSQ)
Penilaian Untuk Fungsi Intelektual Lansia

Nama Klien : NY S

Jenis Kelamin : P

Usia: 67 th

Register : -

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Tanggal berapa sekarang ? (tanggal, bulan, tahun)		✓
2	Hari apa sekarang ?		✓
3	Apa nama tempat ini ?	✓	
4	Dimana alamat anda ?	✓	
5	Berapa usia anda ?	✓	
6	Kapan anda lahir ?		✓
7	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?		✓
8	Siapa nama Presiden Indonesia sebelumnya ?	✓	
9	Siapa nama ibu anda ?	✓	
10	Berapa 20 dikurangi 3 ? (dan bilangan yang disebutkan terus dikurangi 3 secara menurun)	✓	
Total Skor = 4			

Pfeiffer E (1975)

Keterangan :

- Salah 0-2 = Fungsi intelektual utuh
- Salah 3-5 = Kerusakan intelektual ringan
- Salah 6-8 = Kerusakan intelektual sedang
- Salah 9-10 = Kerusakan intelektual berat

20, Mei 2025

Pemeriksa,



(Jelita Bintang Styon Agrista)

Lampiran 11 Mini-Mental State Exam (MMSE)

MINI-MENTAL STATE EXAM (MMSE)

Penilaian Aspek Kognitif dari Fungsi Mental Lansia

Nama Klien : NY S**Jenis Kelamin : P****Usia : 67 TH****Register: -**

ASPEK	PERTANYAAN	SKOR	NILAI
Orientasi	Sebutkan waktu sekarang: - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan	5	2
	Sebutkan dimana sekarang berada: - Negara - Propinsi - Kota - Rumah/Panti/Posyandu - Ruang	5	5
Registrasi	Sebutkan nama 3 obyek dengan waktu 1 detik tiap obyek. (lansia diminta untuk menyebutkan kembali 3 obyek tersebut)	3	1
Perhatian dan Kalkulasi	- Hitung mundur angka 100 dikurangi 7 dan seterusnya tetap dikurangi 7 sampai dengan 5 kali jawaban - Mengeja kata atau kalimat dari belakang	5	0
Mengingat	Sebutkan nama 3 obyek yang telah disebutkan sebelumnya pada aspek registrasi	3	3
Bahasa	- Tunjuk 2 benda dan lansia diminta untuk menyebutkan namanya	2	2

	- Sebutkan kata: “Tak ada jika, dan atau tetapi”	4	0
	- Ikuti perintah: Ambil kertas, lipat menjadi dua dan letakkan di meja	3	3
			Total Skor =
16			

Keterangan:

Nilai maksimal 30, nilai ≤ 21 biasanya ada indikasi kerusakan kognitif yang memerlukan pemeriksaan lanjut

20, Mei 2025

Pemeriksa,



(Jelita Bintang Styon Agrista)

Lampiran 12 Apgar Lansia

APGAR LANSIA

Penilaian Fungsi Sosial Lansia

Nama Klien : NY S**Jenis Kelamin : P****Usia : 67 th****Register: -**

NO	FUNGSI	URAIAN	SKORE
1	Adaption	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman saat saya kesusahan	2
2	Partnership	Saya puas dengan cara keluarga/teman membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalahnya kepada saya	1
3	Growth	Saya puas bahwa keluarga/teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas yang baru	1
4	Affection	Saya puas dengan cara keluarga/teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	2
5	Resolve	Saya puas dengan keluarga/teman yang mau menyediakan waktu untuk bersama-sama	0
Jumlah			6

Keterangan :

Kategori:

- Selalu = 2
- Skor 0-3 = Disfungsi keluarga sangat tinggi
- Kadang-kadang = 1
- Skor 4-6 = Disfungsi keluarga sedang • Tidak Pernah = 0

20, Mei 2025

Pemeriksa,



(Jelita Bintang StyonAgrista)



Lampiran 13 Inventaris Depresi Geriatrik

INVENTARIS DEPRESI GERIATRIK

Pengkajian Tingkat Depresi Lansia (Yesavage ; 1983)

Nama Klien : NY S

Jenis Kelamin : P

Usia : 67 th

Register : -

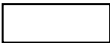
No	Pertanyaan	Jawaban		Skore
1	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani ?	Ya		0
2	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktifitas anda ?		Tidak	0
3	Merasa bahwa kehidupan anda hampa ?		Tidak	0
4	Sering merasa bosan ?		Tidak	0
5	Penuh pengharapan besar akan masa depan ?	Ya		0
6	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu ?	Ya		0
7	Diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat diungkapkan ?		Tidak	0
8	Merasa bahagia disebagian besar waktu ?	Ya		0
9	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada anda ?		Tidak	0
10	Seringkali merasa tidak berdaya ?		Tidak	0
11	Sering merasa gelisah dan gugup ?		Tidak	0
12	Memilih tinggal dirumah daripada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat ?		Tidak	0
13	Seringkali merasa khawatir akan masa depan ?		Tidak	0
14	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain ?		Tidak	0

15	Berfikir bahwa hidup ini sekarang sangat menyenangkan?	Ya		0
16	Seringkali merasa merana ?		Tidak	0
17	Merasa kurang bahagia ?		Tidak	0
18	Sangat khawatir terhadap masa lalu ?		Tidak	0
19	Merasakan bahwa hidup ini sangat menggairahkan ?	Ya		0
20	Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru ?		Tidak	0
21	Merasa dalam keadaan penuh semangat ?	Ya		0

22	Berfikir bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?		Tidak	0
23	Berfikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada anda?		Tidak	0
24	Seringkali menjadi kesal dengan hal yang sepele ?		Tidak	0
25	Seringkali merasa ingin menangis ?		Tidak	0
26	Merasa sulit untuk berkonsentrasi ?		Tidak	0
27	Menikmati tidur ?	Ya		1
28	Memilih menghindari dari perkumpulan social ?		Tidak	0
29	Mudah mengambil keputusan ?	Ya		0
30	Mempunyai pikiran yang jernih ?	Ya		0

Keterangan :

 = nilai 1

 = nilai 0

Nilai :

0 – 5 = normal

6 – 15 = depresi ringan sampai dengan sedang

16 – 30 = depresi berat

20, Mei 2025
Pemeriksa,



(Jelita Bintang Styon Agrista)



Lampiran 14 *Inventaris Depresi Beck***INVENTARIS DEPRESI BECK**

Pengkajian Tingkat Depresi

Nama Klien : NY S**Jenis Kelamin : P****Usia : 67 th****Register:-**

Skor	Uraian	Nilai
A. Kesedihan		
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya	0
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya	
1	Saya merasa sedih atau galau	
0	Saya tidak merasa sedih	
B. Pesimisme		
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia – sia dan sesuatu tidak dapat membaik	0
2	Saya merasa tidak mempunyai apa – apa untuk memandang ke depan	
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan	
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	
C. Rasa kegagalan		
3	Saya benar – benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)	0
2	Bila melihat kehidupan ke belakang semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	
0	Saya tidak merasa gagal	
D. Ketidakpuasan		
3	Saya tidak puas dengan segalanya	0
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	

1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	
0	Saya tidak merasa tidak puas	
E. Rasa bersalah		
3	Saya merasa seolah – olah sangat buruk atau tidak berharga	0
2	Saya merasa sangat bersalah	
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	
0	Saya tidak merasa benar – benar bersalah	
F. Tidak menyukai diri sendiri		
3	Saya benci diri saya sendiri	0
2	Saya muak dengan diri saya sendiri	
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri	
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	
G. Membahayakan diri sendiri		
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan	0
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	
1	Saya merasa lebih baik mati	
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	
H. Menarik diri dari social		
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka	0
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka	
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya	
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	
I. Keragu – ragan		
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali	0
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan	
1	Saya berusaha mengambil keputusan	
0	Saya membuat keputusan yang baik	
J. Perubahan gambaran diri		

3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan	0
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanent dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak tertarik	
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya	
K. Kesulitan kerja		
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	0
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu	
0	Saya dapat bekerja kira – kira sebaik sebelumnya	
L. Keletihan		
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	0
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu	
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya	
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya.	
M. Anoreksia		
3	Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali	0
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang	
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya	
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.	

Keterangan :

Penilaian :

0- 6	Depresi tidak ada atau minimal
7-13	Depresi ringan
14-21	Depresi sedang
22-39	Depresi berat

20, Mei 2025

Pemeriksa,



(Jelita Bintang Styon Agrista)



Lampiran 15 Indek Barthel

INDEK BARTHEL

Nama Klien : Ny. S

Jenis Kelamin : P

Usia : 67

Register:-

NO	KRITERIA	SKOR		NILAI
		DENGAN BANTUAN	MANDIRI	
1	Makan	5	10	10
2	Minum	5	10	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	15
4	Personal Toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5
5	Keluar masuk toilet	5	10	10
6	Mandi (menyiram, menyeka tubuh)	5	15	15
7	Jalan di permukaan datar	0	15	15
8	Naik Turun Tangga	5	10	10
9	Mengenakan pakaian	5	10	10
10	Kontrol Bowel (BAB)	5	10	10
11	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	10
12	Olahraga/Latihan	5	10	10
13	Pemanfaatan waktu luang / Rekreasi	5	10	10
Jumlah				130

Penilaian :

- Mandiri = 126 – 130
- Ketergantungan sebagian = 65 – 125
- Ketergantungan total = < 60

20, Mei 2025,

Pemeriksa,



(Jelita Bintang Styon Agrista)



Lampiran 16 Indek Katz

INDEK KATZ

Indeks Kemandirian Pada Aktifitas Kehidupan Sehari-hari

Nama Klien :Ny S

Jenis Kelamin : P

Usia : 67

Register : -

SKOR	KEMANDIRIAN	NILAI*
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian	
B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut	
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan	
D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan	
E	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan	
F	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan	
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut	
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E, atau F	A

20,Mei 2025
Pemeriksa,



(Jelita Bintang Styon Agrista)

Lampiran 17 DOKUMENTASI



Lampiran 18 log book pembimbing

BUKU KEGIATAN BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Pembimbing : I/I
Nama Pembimbing : Siti Munawaroh S.kep Nrs M.kep
Nama Mahasiswa : Jelita Bintang S.A
NIM : 22613501
Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN
GAGASAN NUTRISI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RESIKO KETIDAK STABILAN
GUGUR DARAH.

PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2022/2023

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
1.	11/09/2024	ace jndul	
2.	29/09/2024	- pengguan bab 1 - penulisan di benarkan	
3.	15/10/2024	- judul judul DM atau resiko.	
4.	31/10/2024.	DM apa mutiara?	
5	10/11/2024	- judul nutrisi / cairan pilih salah satu - pembedaan tulisan	

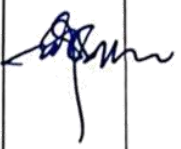
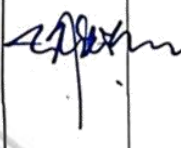
NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
6	22-11-2024	- Tambahi ayat al-Quran di bab 1 - lanjut bab 2-3	
7	2-12-2024	- lanjutan bab 2-3 - tulis dulu logbook.	
8	2-12-2024	- lanjutan bab 2-3. - Revisi sesuai saran.	
9	8/12/2024	Final penulisan	
10	16/12/2024	- perbaiki diagnosis, - koasut student - penjelasan judul	
11		Laupim? Am ar are	

Lampiran 19 logbook pembimbing 2

BUKU KEGIATAN BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

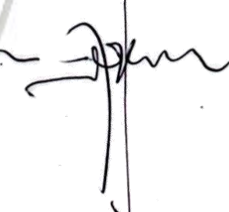
Pembimbing : *XII*
Nama Pembimbing : *Dr. Sulistyono Andarmoyo, S.kep., Ns., M.kep*
Nama Mahasiswa : *Jelita Bintang Syon A*
NIM : *22613581*
Judul KTI : *ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN NUTRISI CAIRAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO KETIDAKSTABILAN GUKOSA DARAH*

PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
2022/2023

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
1.	28/8/2024	Agg. 182. Isi dari Bab I	
2.	17/10/2024	BAB I ↳ Kertas 1 Pembahasan ↳ Cipta Bab 2	
3.	20/10/2024	BAB I Pembahasan tulisan	
4.	31/10/2024	BAB I - Pembahasan Judul - penulisan di betulkan	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
5	21/10/24	34 I pengantar Lamp. ke 2, 3	
6.	15/11/24	34 2 - Pensi penson - Sabar penson - (Luk) padua	
7	26/11/24	34 2 - penson - Pata Emen 194 (Luk Kontas) 34 III - penson	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
8.	07/12/24.	Revisi dan	[Signature]
9.	19/12/24	Revisi dan	[Signature]
10.	2 Januari 2025	PSK 4. - Koreksi dan pembetulan Membaca Tape ke 5 dan 4	[Signature] ✓
11.	2 Januari 2025	PSK 4. - Koreksi dan pembetulan	[Signature]

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
		Post foto PAB 5 Senam >> apik	
	3/ps 25	keperawatan perawatan	
	2/ps 25	per sisa / dipin	

Lampiran 21 Uji Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS STRADA INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
Jalan Manila No. 37 Sumberce Kediri - 64133, Jawa Timur - Indonesia
Telp. 081335721919, Fax (0354) 695130, website: <https://kepk.ik-strada.ac.id>, e-mail: kepkstrada@gmail.com

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
"ETHICAL CLEARANCE"
Nomor: 0723435/EC/KEPK/I/05/2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas STRADA Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

The Health Research Ethics Committee of STRADA Indonesia University in the effort to protect the rights and welfare of research subjects of health, has reviewed carefully the protocol entitled:
ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN NUTRISI DAN CAIRAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH HIPERGLIKEMA

Peneliti Utama : **Jelita Bintang Styon Agrista**
Principal Researcher

Anggota Peneliti :
Members of Researcher
Nama Institusi : **UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**
Name of Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol.

Ditetapkan di : Kediri
Specified in
Tanggal : 10 Mei 2025
Date
Ketua,
Chairman




MOH SAHERI SKM.MPH
NIK 13.07.19.026

Keterangan:

Notes:

Persetujuan etik ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal ditetapkan

This ethical clearance is effective for one year from the due date

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan

In the end of the research, progress and final summary report should be submitted to the Health Research Ethics Committee

Jika ada perubahan atau penyimpangan protokol dan atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian

If there be any protocol modification or deviation and or extension of the study, the principal investigator is required to resubmit the protocol for approval

Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan

If there are Serious Adverse Events (SAE) should be immediately reported to the Health Research Ethics Committee

Lampiran 22 Turnitin



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
 LEMBAGA LAYANAN PERPUSTAKAAN
 Jalan Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
 Telp. (0352) 481124, Fax (0352) 461796, e-mail : lib@umpo.ac.id
 website : www.library.umpo.ac.id
 TERAKREDITASI A
 (SK Nomor 000137/ LAP.PT/ III.2020)
 NPP. 3502102D2014337

**SURAT KETERANGAN
 HASIL SIMILARITY CHECK KARYA ILMIAH MAHASISWA
 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

Dengan ini kami nyatakan bahwa karya ilmiah ilmiah dengan rincian sebagai berikut :

Nama : jelita bintang styon agrista
NIM : 22613581
Judul : ASUHAN PADA LANSIA DENGAN NUTRISI DAN CAIRAN DENGAN MASALAH
 KEPERAWATAN RESIKO KETIDAK STABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (HIPERGLIKEMA)
Fakultas / Prodi : D3 KEPERAWATAN

Dosen pembimbing :

1. Siti Munawaroh S.Kep.,Ns.,M.Kep
2. Sulisty Andarmoyo,S.Kep.,Ns.,M.Kes,Ph.D

Telah dilakukan check plagiasi berupa **KARYA TULIS ILMIAH** di Lembaga Layanan Perpustakaan
 Universitas Muhammadiyah Ponorogo dengan prosentase kesamaan sebesar **20 %**

Demikian surat keterangan dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 17 Juli 2025
 Kepala Lembaga Layanan Perpustakaan



Yolan Priatna, S.IIP., M.A
 NIK. 1992052820220921

NB: Dosen pembimbing dimohon untuk melakukan verifikasi ulang terhadap kelengkapan dan keaslian karya beserta hasil cek Turnitin yang telah dilakukan